b Complete Heart block -a- ازدیاد فشار داخل قحفی

c- حالاتیکه درآن (Basal Meta bolic rate (B.M.R کم میگردد مثلاً "Starvation, myxoedema, anoroxia

d- اخذ بعضی دواها به مثل Betablockers , digetal.

e- Brady Cardia نسبی : این بردی کار دیا عبارت از ان قسم B.cardia است که نبض با ترفع حرارت وجود تطابق نداشته باشد که این حالت در محرقه (Typhoid) وانتانات ویروسی دیده میشود .

Endogeneus Toxin-f (توکسین داخلی) مثلاً تیتانوس (Tetanus) ویرقان انسدادی

g- در meningitis ودفتیری نبض نیز کم میگردد .

۲-Rhythem : دربارهRhythem باید بعض خصوصیات یادداشت گردد به این معنی که دربین نبض ها فاصله مساوی است یا خیر!

درحالت نورمال فاصله ها بین نبض ها مساوی میباشد اما دروقت شهیق وذفیر این فاصله ها کمی تغییر مینماید (درحالتنورمال دروقت شهیق نبض سریع دروقت ذفیر آهسته میگردد) اگر دروقت شهیق وذفیر تغیر نبض زیاد باشد بنام Sinus arrhy-themia یاد میگردد .

اقسام دیگر Arrhythmia قرار ذیل اند (2-1).

۱-Regularly Irregular Heart Rate درین حالت نبض غیر منظم وبعد از چند ضربان نورمال یك نبض Premature جس میگردد . .

۲-Irrigularly Irrigular Heartrate : درین قسم تقلصات قلبی فاصله بین نبض ها مساوی نمیباشد ودر حالات ذیل بمشاهده میرسد

a- Atrial fibrilation b- Multipleectopec beat.
c- Atrial Flutter (A.F) که بلاك های متنوع دران موجود باشد(5)
۳- حجم نبض volume of Pulse : عبارت از Amplitude موجه pulse . بانبض میباشد که دروقت تقلص بطین در شریان پیدا میشود وگفته میتوانیم که این عبارت ازیك قوه است که انگشت جس کننده توسط شریان بالا تیله میگردد تمام حالات که دهانه قلبي را ازدیاد می نماید سبب ازدیاد حجم Pulse میگردد . مثلاً Thyrotox icosis وغیره
٤-Charecter of Pulse : دراکثر امراض نبض یك ُخاصیت یا تیپ مخصوص را بخود اخذ مي نماید که قرار ذیل اند (2-1).
1 - Collapsing pulse or water hummer pulse :
این نبض سریع ، حجم ان زیاد ودوام آن کم میباشد .
میتود جس :- مفصل Wrist مریض رابدست گرفته ونبض کعبری راجس نماید بعد از آن بصورت انی ساعد مریض رابالا نماید درین وقت Collapsing Pullse جس میگردد که در صورت موجودیت این Pulse حجم نبض زیاد ودوام ان کم میباشد . یعنی درین حالت در Amplitude نبض دفعتاً از دیاد بعمل آمده بعداً زود Amplitude آن کم میگردد که زیادت انی موجه این نبض به ازدیاد دهانه قلبی وخاصیت Collupsing به Back ward lecage ارتباط دارد این نبض درعدم کفایه دسام ابهر دیده میشود . همچنان این Pulse در تمام حالاتیکه در ان Pulse pressure

زیاد میباشد بمشاهده میرسد که این حالات قرار ذیل اند .

a- عدم کفایه ابهر b- انیمیا Anemia c- تب . Thyrotoxi cosisd

A-V Fistula -e

۳- Pulse platue or Anacrotic pulse حجم این نبض کم ودوام ان زیاد میباشد ودر تضیق دسام ابهر دیده میشود .

Puls bisfeirence : این نبض از اجتماع anacrotic و Collapsing بوجود می آید ودر ضربان قلبی دوموجه جس میگردد که در عدم کفایه وتضیق ابهر که بصورت مشترك موجود باشد دیده میشود .

٤-Paradoxical Pulse : میدانیم که دروقت شهیق حجم نبض کم میگردد (میخانیکت ان در (Splitting of the Heart sound) ذکر گردیده است که این کمبود از سبب تنقیص دهانه قلبی وفشار خون بوجود می آید ,(درحالت نارمل تفاوت بین دو ضربان ۵-۱۰ ملی متر سیماب میباشد)

درموجودیت نبض فوق Pulse دروقت شهیق خیلی کم ویاکاملاً جس نمیگردد. درین وقت ضربان قلبی موجود اما نبض قابل جس نمیباشد که این نبض رابنام Paradoxi-cal pulse یاد می نماید ودر حالات ذیل جس میگردد (2-1)

۱- Constrictive pericard itis.

۲- Peri Cardial Effnsion

۳- Bronchial Asthma

میکانیزم نبض Parodoxical : دروقت شهیق عمیق حجاب حاجز بطرف پائین حرکت نموده قلب موقعیت عمودی را اخذ می نماید . درین حالت ورید اجواف علوی وسفلی یك حالت تقبضی را بخود توسط یك کشش مخصوص اختیار می نمایدوجریان

دموي به اذين راست كم ميگردد . كه سبب تنقيص دهانه قلبي شده ونبض از نظر حجم كم جس ميگردد .

در Constrictive Pericarditis در وقت شهيق حالت تقبضى در وريد اجوف علوى وسفلى خيلى زياد شده وجريان دموي به اذين راست تنقيص زياد مى نمايد كه در نتيجه دروقت شهيق نبض از نظر حجم خفيف جس وياجس نمگردد كه توسط اله فشار (در حالت نورمال تفاوت دربين دوضربان از ۱۰-۵ ملى متر سيماب زياد نميباشد) معلوم ميگردد .

۵-Pulse Deficit : درين نبض دربين ضربان قلب ونبض فرق موجود ميباشد يعنى تعداد نبض نظر به ضربان قلب كم ميباشد . اين نبض درحالات ذيل ديده ميشود .

۱-Atrial fibrilation ۲-Maltipleectopic beat.

اين نبض ازباعث بوجود مى ايد كه بعضى ضربان هاى قلب انقدر قوى نميباشد كه خون را در شراين محيطى تيله نمايد .

۷- Bigeminus pulse : درين حالت دونبض دريك وقت جس ميگردد كه يك نبض از ضربان نورمال قلب وديگران از Premature beat بوجود مى آيد وبعد از Premature beat يك صفحه معاوضوبى موجود ميباشد اين نبض در حالات ذيل موجود ميباشد .

۱- تسمم Digetal ۲- Premature beat

۳-A. Vblock (3:2)

۸- Decrotic Pulse : درين نبض نيز دوموجه نبض دريك وقت جس ميگردد .

لیکن فاصله بین انها تغیر (صفحه معاضوي ندارد) نمیکند این نبض در محرقه وامراضیکه سبب Vasodilatation میگردد بمشاهده میرسد .

۹- Delayed pulse : میدانم که در حالت نارمل نبض های کعبری وفخذی دریك وقت جس میگردد لاکن در Coartation ابهر نبضان فخذی نظر به کعبري بعد تر جس میگردد .

۱۰- Pulsus Parvus عبارت از نبض کم حجم بوده که از سبب تنقیص دهانه قلبی (شاك وخیم) بوجود می آید .

۵- Coudition of blood Vesselwall جدار اوعیه طوری معاینه میگردد که بالای Brachial artery توسط انگشت فشار وارد میگردد که درین وقت نبض شریان کعبری کم گردیده وکوشش میگردد که شریان کعبری توسط انکشت دُر مقابل استخوان Radial جس گردد ، اگر arteriosclerosis موجود میباشد شریان مذکور به شکل یك تارسخت جس میگردد .

٦- مقایسه نبض ها :- در مقایسه نبض ها باید Pulse بصورت مقایسوی جس گردد بطور مثال Carotid، Femoral،Radial ، اگر Coartation ابهر موجود باشد ضربان Femoral نظر به Carotid وکعبري بعد ترجس میگردد . باید ذکر گردد که شریان ثباتي راست توسط انگشت کلان چپ وشریان ثباتی چپ توسط انگشت کلان راست جس گردد .

باید یاد اورشویم که هر دو شراین ثباتی دریك وقت جس نگردد زیرا سبب Syncope میشود .

درجس شراین Temporal ، وجهی ، brochial ، Poplitial و Dorsal pedis وشراین خلفی قصبي مقایسه صورت بگیرد .

Tension : Tension of Pulse عبارت از یك قوه است که در شراین توسط جریان خون موجود بوده وتوسط وارد کردن یك قوه توسط انگشت نبض مختل ومحوه میگردد . Tension نبض در فرط فشار خون وتمام حالاتیکه دهانه قلبی را زیادت مي بخشد مثل (Thyrotoxicosis) عدم کفایه ابهر وبعد از حمام گرم بوجود مي آید(1)

B- Capiliary pulsation : این حالت درتمام حالاتیکه در آن Pulse pressure زیاد گردد به مشاهده میرسد مثلاً تب ، عدم کفایه ابهر وغیره (۱)

متودمعاینه : ۱- توسط یك سلاید ششه بالای لب هاي پائین فشار وارد میگردد که درین وقت درلب مذکور سرخی وسفیدی توسط Capiliary Pulsation دیده میشود .

۲- بالای ناخن هاي انگشت کلان مریض فشار وارد میگردد در ناحیه اتصال سرخی وسفیدی ناخن امواج سرخ وسفید از سبب Capiliary pulsation دیده میشوند .

Trac hialtug

اگر انیوریزم ابهر موجود باشد نبضان هاي انیوریزم به شزن انتقال نموده و Trachial-tug رابوجودمی آورد . (1-2)

Trachialtug این طور معاینه میگردد که داکتر درعقب مریض استاده شده وسر انگشت Index خود را تحت غضروف Cricoid میگذارد به قسمی که حنجره وشزن بطرف بالا تیله نمایید پس هرضربان قلبی که به انگشت جس میگردد دلالت به Trachialtug می نماید

فشار خون Blood pressure

دوقسم فشار خون موجود است که عبارت از فشار سستولیك ودیاستولیك میباشد .
فشار Cystolic : این فشار توسط Strokevolume (دهانه قلبي) و -Elastisi
ty اوعیه بوجود می آید (2-1).
فشار Diastolic :- این فشار توسط مقاومت اوعیه های محیطی بوجود می اید
فشار سستولیك از ۱٤۰-۹۰ ملی متر سیماب وفشار دیاستولیك از 60-90mmHg
میباشد .
Pulse pressure : عبارت از تفاضل فشار ستولیك ودیاستولیك میباشد . اندازه
نورمال ان ۳۰ - ٤۰ mmhg است
استعمال اله فشار Uses of sphygmomanometer :
مریض باید درحالت نشسته ویا خوابیده قرار داشته باشد . اله فشار را از بازوی مریض
طوری بسته گردد که سرحد پائین اله فشار به اندازه 2-5Cm از Cobital fossa
بلند باشد ونیز اله فشار باید به Level (سویه) قلب باشد .
فشار حقیقی وقتی بدست می آید که در حالت خواب واستراحت اخذ گردد .
طرق اخذ فشار خون : فشار خون بدو طریقه اخذ میگردد(2-1)

۱- Palpatory method
۲- Auscultatory method

فشار ستولیك توسط هردو طریقه گرفته شده میتواند، حال آنکه فشار دیاستولیك تنها
توسط متود اصغای گرفته میشود .
۱-متود جس : اله فشار را دربازوی مریض بسته نموده وشریان کعبری جس
میشود . به اله فشار توسط پمپ مخصوص هوا داده شده تا که نبض شریا نی گم گردد
، این عدد را یاداشت نموده بعداً به اله فشار هوا داده شده وتا 10mm بالا برده

میشود . بعد از این هوای اله فشار توسط پیچ مخصوص به آهستگی باز شده وضربان اولی که بالای شریان کعبری توسط انگشتان جس میگردد یادداشت میشود .
عدد متوسط این دوعدد یادداشت شده فشار سستولیك رانشان میدهد .

۲- متود اصغای : به بازو اله فشار بسته گردیده وبه اله فشا تاوقتی هوا داده شود تاکه از فشار Cystolic که توسط جس تعین شده بود 20-30 mmhg بلند برده شود ، بعداً توسط دیافراگم ستاتسکوپ که بالای Brochial artry در Cu-bital Fossa نهاده شده وهوای اله فشار توسط پچ مخصوص باز شده یك آواز شنیده میشود ، این آواز اولی نمایند گی ازفشار سستولیك می نماید ، که متعاقباً ضربان های قلبی بلند شنیده شده ودر اخر در خاصیت اواز تغیر ویا ازبین میرود . این عدد رادر اله فشار یا دداشت نموده ونمایندگی از فشا دیا ستولیك می نماید .
بعضی اوقات در Hypertention بصورت انی از ۱۶۰ - ۱۸۰ اواز ازبین رفته وبعداً دوباره پیدا میگردد که این را بنام Silentgap یاد می نماید علت اصلی آن معلوم نیست در Coartation ابهر باید فشار اطراف سفلی نیز دیده میشود برای معاینه این فشار اطراف سفلی مریض را بروی خوابیده واله فشار را در قسمت سفلی فخذ بسته شود . ستاتسکوب بالای شریان Poplitial درناحیه Poplitial نهاده میشود وفشار سستولیك ودیاسستولیك درپاها تعین میگردد .

۲- Apex beat

کف دست را بالای Pre cardium نهاده و apex beat راجس نماید .
واگر جس نگردد از مریض خواهش گردد که بطرف چپ خود را تغییر موقعیت بدهد .
در حالت نورمال Apex beat جس نگردیده ووقتیکه جس گردید موقعیت ان تعین گردد . موقعیت نور مال ان درمسافه پنجم بین الضلعی یك سانتی متر از -medcla

vicular line بطرف انسی ویا بعباره دیگر دربین مسافه پنجم بین الضلعی 10cm بطرف وحشی چپ از Medsternål line موقعیت دارد .

عواملیکه Apex beat رابطرف سفلی وحشی بیجا مینما ید قرار ذیل اند (2-1)

۱- کلان شدن بطین راست

۲- کلان شدن بطین چپ

۳- انصباب پلورایی طرف راست

٤- Pneumothorax طرف راست .

۵- فایبروز فص سفلی شش چپ

٦- کولپس شش چپ

7- (Fun nell shape Chest) (سوء تشکلات صدر)

عواملیکه Apex beat را بطرف داخل بیجامی نماید قرار ذیل اند(2-1)

۱- کولپس شش راست .

۲- فایبروز شش راست .

۳- Dextrocardia

در ضخامه بطین چپ PMI (Point of maximal impulse) بطرف چپ وحشی وسفلی بیجا میگردد .

درضخامه بطین راست بطرف عظم قص ویا بطرف خط اپیگستریك بیجا میگردد

عوامل ضخامه بطین چپ.

۱- عدم کفایه مترال . ۲- تضیق دسام ابهر . ۳- عدم کفایه ابهر . ٤- فرط فشار خون .

- Vevtricular Septaldefect (VSD).

حالاتیکه دران PMI جس نمیگردد) (2-1)

۱- Pneumothorax طرف چپ

۲- انصباب پلورای طرف چپ .

Thick mascalar chestwall جدار صدر ضخیم .

٤- Emphy Sem شش چپ .

٥- Pericardial effusion

٦- Cardiac Tamponad

۷- عقب Rib (Behind of Rib)

خصوصیت Apex beat : Apex beat (Cha racer of PMI) دو وصف دارد

1)- Heaving

2- Tapping

۱- Heaving : انگشت Index را بالای PM I نهاده شده با ستول بالا ویا دیاستون بطرف پائین حرکت میکند وگفته میتوانیم که Heaving موجود است ودر ضخامه بطین چپ به مشاهده میرسد .

۲- Tapping : عبارز از جس نمودن اواز اول قلب است که درین حالت توسط Apex انگشت جس کننده توسط هر ضربان بالا میگردد،، ودر تضیق مترال که ضخامه بطین راست باآن همراه باشد دیده میشود . (2-1)

Thrill:- عبارت از جس اهتزازات Murmur میباشد ودوقسم است .

۱- Systlic :- Diastolic

درصورت موجودیت نفخه ستولیك Thrillسستولیك ودر موجودیت نفخه دیاستولیك Thrill دیاستولیك موجود میباشد یا به عباره دیگر اگر Thrill همزمان

استفراق (Vomiting):

در باره استفراق سوالات ذیل در نظر گرفته شوند:

۱-دفعات استفراق ؟

۲-آیا استفراق به شدت بمیان مي آید یعني وصف فوراني (Projectile) دارد؟

۳-آیا استفراق با مواد غذایي ارتباط دارد یا خیر؟

٤-آیا استفراق در اوقات مخصوص روز بمیان مي آید؟ بطور مثال در زمان حاملگي معمولا" از طرف صبح استفراق موجود میباشد.

۵-مقدار، بوي، رنگ و محتواي استفراق باید جستجو گردد.

٦- آیا در استفراق خون موجود است؟ موجودیت خون در استفراق مقدار آن چقدر و رنگ آن چه قسم است؟

۷- اعراض دیگر با استفراق مثلا" درد ناحیه اپیگستریك موجود است؟

اسهال (Diarrhea):-

در باره اسهال سوالات ذیل باید جواب گردد:

۱-آیا اسهال بصورت دوامدار در طول روز موجود است؟ اگر به شکل Inter-mettent درین حالت در بین دفعات دوام وقت چقدر است ؟

۲- در ۲٤ ساعت دفعات مواد غایطه چقدر است؟

۳-رنگ، بوي، مقدار و محتواي مواد غایطه تشریح شوند.

٤- آیا در مواد غایطه مخاط و خون موجود است ؟ اگر خون موجود باشد رنگآن(سرخ و سیاه) چه قسم است و نیز گفته شود که خون با مواد غایطه مخلوط و یا جدا است؟

۵- آیا اسهال با اعراض دیگر بمثل درد بطني، استفراق، تب و ضیاع وزن توأم میباشد؟

باضربان carotid جس گردد بنام Thrill ستولیك وبر عكس ان بنام دیاستولیك Thrill یاد میگردد(2) .

Palpable Heart Soands

بعضی اوقات او از اول یادوم قلب یا هردو آواز های قلبي همراه Apexbeat ویا بدون Appex Beat جس میگردد که درین حالت Apex beat مضاعف بمیان می آید (2)

Heaving of right Ventricle :- در دوناحیه احساس میگردد (1-2)

Left border of lower part of sternum -1
(درسرحد چپ سفلي عظم قص)

Epigastrium -2

متود جس : سرحد Ulner دست بالای سفلی سرحد چپ عظم قص نهاده وبه حرکت دست متوجه شوید . ویا بعباره دیگر سه انگشتان خود را بالای ناحیه چپ epi - gastrium نهاده وحرکات انگشتان را تعقیب نماید .

عواملیکه درا ن ضخامه بطین راست دیده میشود قرار ذیل اند (2)

١- ضخامه بطین راست که بصورت ثانوی از ضخامه بطین چپ بوجود آمده باشد .

Pulmonary Stenosis -٢

٣- عدم کفایه دسام ریوی .

٤- عدم کفایه دسام Tricospid

٥- تضیق دسام مترال .

(فرط فشار -Primary Pulmonary Hypertionsion-6 ریوی ابتدایی)

Corpulmonale -7

.Percussion of heart **قرع قلب**

درمعاینه قلب قرع اهمیت کم دارد (1-2) .

قرع کردن سرحد راست قلب :- پیش از قرع کردن این سرحد اول باید سرحد بالا قرع ونشاني شود ، چونکه سرحد راست قلب عمودی است پس باید توسط -Plexome ter به استقامت عمودی از جنبی به انسی طرف راست صدر دربین مسافه چارم بین الضلعی این سرحد قرع گردد ونقاط ان نشانی شود .

قرع نمودن سرحد چپ قلب :- میدانیم که سرحد چپ قلب از طرف بالا بپائین ووحشی میلان داشته پس بصورت مایل قرع میگردد واین قرع در مسافه چارم بین الضلعي چپ از طرف وحشی به انسی قرع میگردد ، تاوقتیکه اواز قرع به Dull تبدیل شود . به همین ترتیب مسافه سوم وپنجم بین الضلعی قرع گردیده واین سرحد تعین میشود.

ناحیه Dullness قلب در Emphysem و Pneumothorax کم ودر Pericardial Effusion (انصباب پیریکارد) زیاد میشود .

هم چنان ناحیه Dullniss قلب در حالات خوابیده به شکل Pear(ناك) مانند ودر حالات نشستن به شکل مثلثی میباشد .

Auscultation **اصغاقلب**

سیکل قلبي Cardiaccycle :- بعداز تکمیل شدن یك تقلص قلبی اذینات وبطنیات استرخا نموده که بعد اذینات تقلص می نماید واز طریق دسام های اذینی بطینی خون در بطنیات مي اندازد .

بعد از آن بطنیات تقلص نموده وخون را در اوعیه ها می اندازد که در همین وقت تقلص بطنیات اذینات استرخا نموده واز خون مملو میگردد که متعاقباً بطنیات استرخانموده وسیکل قلبی تکمیل میگردد (2)

دوران خون :- خون از I.V.C و S.V.C به اذین راست آورده شده وازاذین راست به بطین راست وازآن جا توسط شریان ریوی به ریه ها برده میشود. واز ریه ها توسط ورید ریوی به اذین چپ واز اذین چپ به بطین چپ وبالاخره از بطین چپ از طریق ابهر به تمام وجود خون میرسد.

در اصطلاح کلینکی کلمات Systol و Diastol که به بطنیات ارتباط دارد ذکر گردیده است. حادثات که درحین تقلص اذینات واقع میگردد بنام Pre systolic یاد میگردد در حالت نارمل دو اواز که عبارت از آواز اول ودوهم قلب میباشد شنیده میشود. ازنظر کلنیك آواز اول قلب به صفحه سستول و اواز دوهم قلب به صفحه Diastol ارتباط دارد(2)

میخانکیت آواز های قلبی :- آواز اول قلب از بسته شدن وال های A.V و آواز دوهم قلب از بسته شدن دسام ابهر وریوی بمیان می آید.

اناتومی سطحی محراق ها :

ناحیه (محراق) مترال :- این ناحیه به Apex beat ارتباط دارد. درحالت نارمل این محراق در مسافه بین الضلعی پنجم چپ یك سانتی متر بطرف انسی medclavicularline واقع است.

محراق Tricospid :- این محراق درمسافه چارم وپنجم بین الضلعی در قسمت سرحد سفلی چپ نزدیك عظم قص موقعیت دارد (1)

محراق دسام ریوی Pulmonary :

این محراق در مسافه دوهم بین الضلعی چپ نزدیك عظم قص قرار دارد (۲)

محراق دسام ابهر

براي اصغاي این دومحراق وجود دارد . محراق اول آن در مسافه دوهم بین الضعلي راست نزديك عظم قص موقعیت (2) دارد وناحیه دوهم ان درمسافه بین الضلی چپ نزدیك عظم قص موقعیت دارد .

میتوداصغاء Method of Auscoltation

مریض باید به وضعیت هاي ذیل اصغاگردد (۲)

۱-مریض دربستر به وضعیت استجاع ظهري بوده ومحراق هاي mitral یا Pulmonic یا Tricospid و aortic اصغاگردد .

۲-مریض به پهلوي چپ خوابیده ودسام مترال توسط bell ستاسکوپ اصغا گردد که دراین وضعیت murmur تضیق مترال بصورت واضح شنیده میشود .

۳-مریض به وضعیت نشسته وکمي بطرف قدام خم شده باشد . در این وضعیت دسام ابهر وریوي اصغا گردد .

نفخه هاي Early diastolic ابهر در این وضعیت خوبتر شنیده میشوند . در وقت اصغا باید نقاط پنجگانه ذیل در نظر باشند (1-2)

۱- تعداد ضربان قلب درفی دقیقه وریتم Rhythem آن .

۲- شدت آواز هاي قلبی

۳- مضاعف بودن (Split) آوازقلبی

٤- Triple Rhythem

۵- آواز های اضافی Addedsounds

۱- تعداد ضربان درفی دقیقه و Rhythem قلب : در حالت نارمل دو آواز شنیده میشود که عبارت اند از آواز اول قلب که در سستول میباشد و اواز دوهم قلب که در صفحه دیاسستول میباشد.

این دو آواز به مثل Lab.Dup میباشد. حالا Lab-Dup را براي يكي دقيقه محاسبه نموده که این تعداد ضربان (Rate) قلب در دقیقه نشان میدهد. هم چنان باید تعیین گردد که آواز های قلبي منظم ویا غیر منظم اند.

بی نظمی قلب در حالات ذیل دیده میشود (2-1)

Extrasystole -1

Bundle bronch block (B.B.B) -2

Digital تسمم -3

Atrial Flutter -4

Atrial fibrilatian -5

Multiple ectopic beat -6

۲- شدت آوازهای قلبي

شدت آواز اول قلب در حالات ذیل زیاد میگردد (2-3)

۱- تضیق مترال Tachy cardia-2

Systolic Hperten- -4 Thyrotoxicosis -3
sion

ک- حالات هیجانی

شدت آواز اول قلب درحالات ذیل کم میگردد (2-1)

Cangestive Heartfailure (CHF) -1

Rheumatic Carditis -۲

۳- عدم کفایه دسام مترال

٤- ضخیم شدن جدار صدر

٥- بلاك درجه اول قلب

آواز دوهم قلب متشکل از دوقسمت است

Pulmonary -2 aortic -1

شدت Camponent ابهر در حالات ذیل زیاد میگردد (2)

Hypertension -۱

۲- Atherom ابهر

۳- التهاب سفیلسی ابهر

٤- اینوریزم ابهر

شدت Component ابهر در حالات ذیل کم میگردد .

۱- تضیق دسام ابهر ۲- عدم کفایه دسام ابهر .

شدت Component دسام Pulmonary در حالات ذیل زیاد میگردد .

Primary Pulmanary Hypertension -1

Cor pulmanale -2

3- تضیق دسام مترال

Left to Right Shunt -4

شدت Component شریان ریوی در حالات ذیل کم میگردد .

Pulmonary Stenosis -1

Pulmonary in campetence -2

Fallot,s tetralogy -3

۳- تضاعف آواز های قلب

A- تضاعف آواز اول قلب : میدانیم که آواز اول قلب از بسته شدن AV وال بوجود می آید. این آواز شده میتواند که در حالت نارمل Split یا مضاعف شنیده شود زیرا که دسام مترال نظربه Tricospid کمی پیشتر بسته می شود لاکن این Split در تضیق مترال ودر (ASD) Atrial septal detect زیاد میگردد . (2)

B- تضاعف آواز دوهم قلب

قبلاً ذکر گردید که آواز دوهم قلب از بسته شدن دسام ابهر و Pulmonary بوجود می آید ودسام ابهر نظر به دسام ریوی کمی پیشتر بسته میگردد ازین سبب تضاعف آواز دوهم قلب در حالت نارمل مخصوصاً در وقت شهیق شنیده میشود زیرا که در وقت شهیق خون زیاد به قلب راست آمده ومقداز زیاد خون از شریان ریوی میگذرد وبه این ترتیب بسته شدن دسام ریوی کمی به تاخیر می افتد و سبب تضاعف آوازدوهم قلب میگردد (1-2)

شدت Component دسام ریوی در حالات ذیل زیاد میگردد .

Plumonary Hypertension -1

Right Bundle Bronch Block -2

Ventriculer Septaldefect (V.S.D) -3

Atrial septal defect (A.S.D) -4

Tri ple Rhythem -5

این آواز در اثر پرشدن سریع بطین ها بوجود می آید وبنام آواز سوم قلب نیز یاد

میگردد . اسباب آن قرار ذیل اند (1-2)

a- اسباب فزیولوژیك

۱- اطفال ۲- درجوان ها که تا ۳۰ سال عمر دارد ۳- حاملگی

b- اسباب پتولوژیك

۱- احتشاء قلبی ۲- عدم کفایه قلب .

آواز دوهم قلب در apex خوبتر شنیده شد وآواز چارم قلب که بنام Auricr-lar systolicsound نیز یاد میگردد در حالت نارمل شنیده نمیشود ودر حالات ذیل بالای بطین راست خوب شنیده میشود .

۱- تضیق دسام ریوی .

۲- فرط فشار ریوی Palmanary Hypertension.

۳- بالای بطین چپ در Systemic Hypertension شنیده میشود .

٤- دروقت موجودیت Tachycardia آواز سوم وچارم بالاي یك دیگر منطبق گردیده بنام SummaTion gallop یاد میگردد .

باید ذکر گردد که اواز سوم قلب Middiastolic بوده در حالیکه آواز چارم قلب Presystolic یا Late diastolic میباشد .

٥- آوازهای اضافی قلب :- این آوازها به دونوع میباشد (1-2)

a- Exocardial

b- Endo cardial

a- Exocardial در حالات ذیل شنیده میشوند .

۱- در موجودیت فستول وریدی شریانی یك نفخه دوا مدار دریك ناحیه

محدود شنیده میشوند.

۲- در Fallot,s tetralogy شدید یا پیش رفته این اواز شنیده میشود که دراینحالت دربین شریان ریوی وقصبی یك تفمم کلان موجود بوده وبالای ریه ها یك آواز دوامدار شنیده میشود.

۳- Patent ductus arteriosus: درین حالت یك Macchinary mur mur (ستولیك ودیاستولیك) درمسافه اول ودوهم بین الضعلی چپ شنیده میشود.

٤- Pericardial Friction Rub :- درحالت Pericarditis شنیده میشود که در صفحه ستول ودیاستول موجود میباشد وصف ان به مثل مالیدن دو ورقه چرم به همدیگر میباشد و یا اینکه انسان بالای برف قدم میزند وقتیکه مریض بطرف قدام خودرا خم نماید ویا بالای ستاتسکوب فشار وارد گردد این نفخه زیاد میشود. انتشار وموقعیت نفخه روز بروز تغییر می نماید. فرق آن با Pleural Rub این است که در وقت بندش تنفس نیز موجود میباشد لاکن Pleural Rub در وقت بندش تنفس ازبین میرود.

b - آوازهای Endocardial : این اوازهابنام murmur (نفخه ها) یادمیگردد

درجه بندی mur mur :- از نظر شدت درجه بندی نفخه قرار ذیل اند (1-2)

۱- نفخه درجه اول :- بسیار نازك یا Faint.

۲- نفخه درجه دوم :- نفخه Faint.

۳- نفخه درجه سوم :- بطور متوسط بلند

٤- نفخه درجه چهارم :- نفخه بلند همراه Thrill

۵- نفخه درجه پنجم :- بسيار بلند loud

٦- نفخه درجه ششم :- بسيار اعظمي Maximum

اقسام murmur يانفخه ها

۱- وظيفوی ۲- عضوی

۱- نفخه های وظيفوي :- اين نفخه ها باآفات عضوي يكجانبوده ودر حالات ذيل شنيده ميشود (2-1).

a- Hemicmurmur

b- مرمرهای تنفسی قلبی

a- Hemicmurmur

اين نفخه ها از تغييرات لزوجيت خون بوجود آمده ودر حالت ذيل شنيد ميشود

1- anemia -2- Polycythemia -3- سيروز كبد.

b- مرمرهای تنفسی قلبی :- اين مرمر توسط فشار های قلبی كه به يك فصيص شش به شكل Rhythmic وارد ميگردد بوجود مي آيد.

۲- مرمر های وظيفوي در حالات ذيل شنيده ميشوند (2-1)

1- Thyro toxicosis -2 hypertension -3 Fever تب ٤- بعد از فعاليت وتمرين ۵- حالات هيجانی و Emotional.

۲- مرمرهای عضوی :- اين مرمرها در افات دسامی بوجود مي آيد وقرار ذيل اند(2-1)

1- Obstructivemurmur : اين نوع نفخه از بندش Ste-nose دسام ها بوجود آمده وبنام Forward obstruction ياد ميگردد

۶- آیا مریض تاریخچه صرف نمودن بعضي مواد غذایي پیش ازینکه برایش اسهال عاید گردد دارد یا خیر؟ (تسمم غذایي)

۷- تاریخچه Tenismus موجود است یا خیر؟

۸- آیا در محیط مریض اسهال اشخاص دیگر به اسهال مصاب اند؟

سرعه (Fits):-

در باره سرعه سوالات آتي بعمل آیند:

۱- طبیعت سرعه چه قسم است؟

۲- آیا سرعه موضعي و یا عمومي بوده شدت و دوام آن چقدر است؟

۳- آیا ضیاع شعور موجود است؟

٤- تا ریخچه از بین رفتن معصره بولي و مقعدي موجود است؟

۵- در وقت حمله تاریخچه افتیدن و زخم موجود است ؟

٦- دیگر اعراض بمثل گزیدن زبان، حرکت انحرافي چشم در وقت حمله موجود است(که دلالت به سرعه مینماید)؟

۷-آیا حالت Aura موجود است؟

ضعیفي (Weakness):

در وقت ضعیفي باید سوالات ذیل در نظر گرفته شوند:

۱- ضعیفي وجود بصورت تدریجي و یا دفعتا"بمیان آمده است و در شکل تدریجي دوام آن چقدر است؟

۲-ضعیفي وجود عمومي و یا موضعي است؟ در صورت ضعیفي موضعي کدام قسمت به آن مصاب است ؟ اگر فلج یك پا و یا یك دست باشد بنام Monoplagia و اگر هردو پاي فلجباشد بنام Paraplagia و اگر نصف وجود بصورت طولاني فلج باشد بنام Hemiplagia و اگر نصف روي فلج باشد بنام Facialpalsy یاد میگردند .

BackWardleakage -2 کـه درعـدم کـفـایـه دسـام هـا (Valvular incompetence) بـه میان آمده که بنام -Regor gitation مرمر نیز یاد میگردد .

Organic murmur	Functianal murmur
۱- شدت آن باسپورت وتمرین زیاد میگردد	۱- بعد از سپورت وتمرین از بین میرود .
۲- بدیگر قسمت وجود انتشار دارد .	۲- انتشار ندارد .
Thrill-۳ شاید موجود باشد	Thrill -۳ موجود نمی باشد .
٤- شدت مرمربا تنفس وتغییر وضعیت تغییر می نماید .	٤- شدت آن با تنفس وتغییر وضعیت تغیر نمی نماید .

در اصغاء مرمر باید نقاط آتی را در نظر گرفت (1-2)

Timing of murmur -1 - باید معلوم شود که نفخه در صفحه دیاستول ویا ستول است .

P.M.I -2 باید شدت مرمر معلوم گردد که در کدام محراق زیاد است بطور مثال اگریك نفخه در قلب خوب شنیده شود شاید به آفات دسام ابهر ارتباط داشته باشد .

۳- انتشار مرمر Radia tiaon of mur mur.

Character of mur mur -٤.

۵- ارتـبـاط بـا تـنـفـس Ralation ship of murmur with Respiratian

Timing of murmur دروقت اصغاء قلب بایددقت شود که مرمر در صفحه

Systol ویا Diastol ویا در هر دوصفحه شنیده میشود که براي این منظور باید شریان Carotid (ثباتی) ویا apexbeat ویا ضربان شریان ثباتی یکجا با اصغاء جس گردد اگرنفخه همزمان باجس شریان ثباتي یا apex beat شنیده شود به صفحه Systol ارتباط دارد وبنام مرمر Syntolic یاد میگردد . واگر نفخه همزمان باجس شریانی ثباتی یا apexbeat شنیده نشود ارتباط به صفحه دیاستول داشته وبنام نفخه دیاستولیک یاد میگردد .

مرمرهای ستولیک :- این نفخه ها در حالات ذیل شنیده میشود (2)

١- تضیق ابهر ٢- عدم کفایه مترال ٣- عدم کفایه Tricusped

٤- تضیق دسام ریوی 5- V.S.D -6 A.S.D

مرمر های Diastolic :- این نفخه های در حالات ذیل شنیده میشود (1-2)

١- عدم کفایه ابهر ٢- تضیق دسام مترال ٣- تضیق دسام Tricuspid

٤- عدم کفایه دسام Pulmonary.

آفات دسامی

آفات دسام مترال

Mitral stenosis -a تضیق دسام مترال (1-2)

مرمرآن meddiastolic بوده شدت آن در Apex زیاد است وصف آن Rough, Rumbling میباشد . این مرمر موضعی بوده انتشار ندارد . در وقت ذفیر شدت آن زیاد ودر وقت شهیق شدت آن کم میگردد . یعنی مرمرهای که از طرف راست قلب منشه میگرد درروقت شهیق شدت آن زیاد میگردد ومرمرهای که ازطرف چپ قلب منشه میگرد شدت آن در وقت ذفیر زیاد ودروقت شهیق کم میگردد

مقدار زیاد خون از شش بطرف چپ قلب داخل میگردد ازهمین سبب است که در وقت شهیق مرمر های طرف راست قلب به شدت آن افزوده میشود ودروقت ذفیر مرمرهای طرف چپ قلب از دیاد می یابد .

علایم دیگری که با تضیق مترال همراه میباشد .

1- شدت آواز اول قلب زیاد میباشد .

2- Pre Systolicaccentuation of mur mur که از تقلص اذین به میان می آید .

3- Opening Snap از سبب باز شدن فشاری دسام مترال بمیان آمده که در apex خوب شنیده میشود .

4- احتقان ریوی .

5- Rigth Ventricle Enlargment (کلان شدن بطین راست)

6- grahm steel murmur (عبارت از مرمر دیاستولیك بوده که در محراق شریان ریوي شنیده میشود)

باید ذکر گردد که نفخه Diastolic تضیق مترال اگر مریض به پهلوچپ خوابانده شود خوب شنیده میشود .

b- عدم کفایه Mitral

نفخه آن Pansystolic (Holo systolic) بوده ودر apex خوب شنیده میشود این نفخه soft و Blowing وصف دارد . انتشار آن بطرف ابط axilla وپشت میباشد . ارتباط ان باتنفس به مثل تضیق مترال است علایم دیگر عدم کفایه مترال قرار ذیل اند!

۱- Left Veutri cular Enlargment (کلان شدن بطین چپ) .

۲- آواز اول قلب پائین میباشد .

۳- بطین راست نیز کلان شده میتواند .

آفات دسام Tricrspid

A- تضیق دسام Tricuspid :- مرمر آن Meddiastolic بوده و شدت آن در محراق Tricuspid زیاد میباشد. ارتباط ان با تنفس قبلاً ذکر گردیده است . وصف ان Rough بکدام طرف انتشارندارد

علایم دیگر تضیق دسام Tricuspid قرار ذیل اند(1-2)

۱- بطین راست کلان نمیگردد .

۲- ورید های گردن برجسته میگردد .

۳- موجه a در گردن برجسته دیده میشود .

B- عدم کفایه -Tricospid نفخه Pansyitolic بوده شدت اعظمي آن در محراق Tricospid میباشد. وصف آن Soft وانتشار آن بطرف epigastric میاشد. ارتباط آن با تنفس پیشتر ذکر گردیده است.

علایم دیگر عدم کفایه دسام Trecospid قرار آتی است (1-2)

۱- جگر کلان ونبضانی .

۲- وریدهای گردن نبضاني وموجه V متبارز میباشد

۳- کلان شدن بطین راست .

آفات دسام ابهر

a- تضیق دسام ابهر :- نفخه آن Ejectionsystolic بوده

شدت اعظمی آن در محراق ابهر است در بعضی مریضان شدت آن در apex میباشد .

وصف مرمر Rough و Harsh میباشد .

انتشار مرمر بطرف گردن به امتداد شریان ثباتی ویا به ناحیه epigastric میباشد ارتباط آن با تنفس قبلاً ذکر گردیده است .

علایم دیگر تضیق ابهر قرار ذیل اند (2-1)

1- low volume pulse (کم بودن حجم پلس)

2- pluse anacrotic

3 - آواز دوهم قلب خفیف میباشد .

b- عدم کفایه دسام ابهر:

نفخه آن Early diastolic بوده شدت اعظمي آن در مُحراق ابهر است وصف آن Soft وبه آواز پس پس R شباهت دارد (2-1) .

انتشار مرمر بطرف apex است علایم دیگر عدم کفایه ابهر قرار ذیل اند (2-1)

1- Water Hummur Pulse

2- Capiliary pulsatian (Quink,s sign)

3- Pistol shot sound که بالای شریان فخذی شنیده میشود .

4- Austin Flint mur mur : این نفخه در دسام مترال شنیده میشود .

5- Corrigon Pulsation:- که بنام Dancing of Carotid artery نیز یاد میگردد

6- Left Ventricle Enlargment (کلان شدن بطین چپ)

7- Duroziez murmur که بالای شریان فخذی شنیده میشود .

8- High Pulse Pressure ازدیــــــــــاد Pulse. Pressure

9- آواز دوهم قلب پائین میباشد .

10- Demozit sign - درین حالت همراه هر ضربان قلب سرمریض حرکت میکند .

(آفات دسام ریوی)

Pulmonary Velve lessions

a- pulmonary Stenosis : نفخه آن Ejection sys-tolic بوده شدن اعظمي آن در محراق Pulmonary میباشد وانتشار ندارد ارتباط ان با تنفس قبلاً ذکر گردیده است .

علایم دیگر تضیق دسام Pulmaronry قرارذیل است (1-2)

1- Right Vemtricular Enlargment

۲- پائین بودن آواز دوم قلب .

b- عدم کفایه دسام ریوی :-

نفخه آن Early diastolic بوده شدت آن در محراق ریوی میباشد . وصف آن Soft ارتباط آن باتنفس قبلاً ذکر گردیده است .

علایم دیگر عدم کفایه دسام Pulmonary قرارذیل اند .

Right Ventricle Enlorgment -۱

۲- پائین بودن آواز دوم قلبی

Other importent mur murs

مرمرهای مهم دیگر قرار ذیل اند (1-2)

Graham steelmurmur :- عبارت از نفخه دیاستولیک بوده که در محراق ریوی خوب شنیده میشود این مرمر در تضیق مترال موجود بوده و از Back Pressure که سبب توسع شریان ریوی میگردد وسبب عدم کفایه دسام ریوي میگردد پیدا میشود .

Austin Flint murmur -b : این مرمر Lat یا middiastolic بوده ودرمحراق مترال خوب شنیده می شود این نفخه درعدم کفایه ابهر موجود بوده ودر صفحه Diastol خون که از ابهر به بطین چپ میریزد یك Cusb دُسام میترال را بطرف بالا تیله نموده که در نتیجه تضیق و ظیفوی Cusb هاي مذکور به میان آمده وسب بوجود آمدن آین مرمر میگردد.

Durozies murmur -c - اگر بالای شریان فخذی توسط دیافراگم ستاتسکوپ فشار آورده شود نفخه هاي ستولیك ودیاستولیك در عدم کفایه ابهر شنیده میشود .

CaryComb,s murmur -d :- عبارت از نفخه med dia-stolic بوده ودر Rhaumtic carditis در محراق مترال شنیده میشود .

Segal murmur -e :- عبارت از نفخه musical دیاستولیك بوده که درعدم کفایه ابهر شنیده میشود ودر تضیق ابهر در تکلس ابهر و

(Sub acute Bacterial Endocarditis)SBE شنیده میشود.

Gibson mur mur -f عبارت از نفخه ستولیک ودیاستولیک بوده وشباهت به machinary مرمر دارد ودر patentductus, arteuiosus شنیده میشود.

تشخیص جریان خون اطراف سفلي (2-1)

Hummontest :- در thrombophlibitis اگرپنجه قدم مریض رابطرف قدام قات شود (Dorsoflexion) درد در عضلات ساق یا -Pop lital space احساس میگردد که این رابنام Humman test یا Hummon sign یاد مي نماید.

Lowenoberg test :- از قسمت ماوفه پا اله فشار بالا بسته گردیده وبعداً به آله فشار هوا داخل میگردد درحالت نارمل درفشار 160mm سیماب درقسمت پائین پا دردوناارامی احساس میگردد حال انکه درپندش وریدها از ۱۶۰ ملی متر سیماب به فشار پائین (۱۵۰ - ۱٤۰ ملی متر سیماب) ناآرامی ودرد در پای احساس میگردد

Buerger Test :- مریض بالای بستر به استجاع ظهري خوابیده وپای او ٤٥ درجه از بستر بالا گردد در حالت نارمل رنگ گلابی کف پا باقی ماند. اگر رنگ آن خاسف گردد دلالت به کمبود جریان خون می نماید حالا مریض را بصورت فوري بالای بستر نشسته وپای آنرا از چپر کت آویزان نماید درین حلت دیده میشود که در چقدر وقت ساق وکف پا سرخ میگردد و اورده های آن پرمیگردد این وقت را یاد داشت نمائید. در حالت نارمل در ده ثانیه وریدها پرمیگردد. اگر پرشدن وریدها از ۱۰ ثانیه

وقت زیاد بگیرد دلالت به تشوش دوران محیطی می نماید.
اگر درد پا توسط بلند شدن ازبین برود دلالت به بندش ورید ها می نماید واگر درد پا توسط آویزان شدن پا معدوم گردد دالالت به بندش شرائین می نمهد.

معاینات لابراتواری وانستر ومینتل امراض قلبی

Investigation Of Cardiac Diseases

درتشخیص امراض قلبی علاوه ازتار یخچه مریض ، معاینات فزیکی معاینات لابراتوری از قبیل را دیو گرافي صدر، Radioscopy ، Echocardio-gropgy ، Phono cordiograpgy
Cardiac catheterisation ، Scaning و ECG اهمیت خاص دارند

Radio logical Examination :- رادیو گرافی صدر (ChesT) در باره Size و shape قلب معلومات مهم میدهد ونیز درباره امراض شش معلومات ارزنده را وانمود میسازد در رادیو گرافی (Posterior-Anterior) P.A در باره کلان شدن قلب معلومات ارائه می نماید وهم چنان در باره بزرگ شدن اجواف قلبي در فلم xray معلومات میدهد(2-1).

درفلم xray دیده میشود که اگر قطر عرضاني قلب نظر به نصف قطر عرضانی صدر کلان باشد دلالت به بزرگی قلب می نماید. اگربه مریض باریوم ازطریق دهن داده شود وعکس صدر به وضعیت Lateral اخذ گردد کلان شدن اذین چپ (درصورت که تضیق دسام مترال موجود باشد) از آن معلوم میگردد. یعنی درین حالت ازین چپ از سبب فشار بلند بالای مری فشار آورده و مری را تیله مي نماید که سبب تنگ شدن مري میگردد رادیوگرافي جنبی یا Lateral صدر در تشخسص -Calcifiça

tion دسام مترال وابهر کمک مي نماید که این تغییرات در رادیو گرافی PA بخوبی دیده شده نمیتواند. (1-2)

درعدم کفایه قلب چپ فشار دراوعیه های ریوی بلند رفته ودر ورید هاي شش توسع به میان آمده که در رادیو گرافی صدر در ریه ها علایم احتقان مشاهده میگردد دراذیمای بین الخلالی شش که ضخامت حجابات وتوسع اوعیه های لمفاوی را بوجود مي اورد وبه مثل خطوط افقی در زاویه costophrinic دیده میشود که بنام -Ker ley-B-line یاد میگردد موجود میباشد. Pleural effusion

در امراض ولادي قلب (Left To rightshunt) دیده شده میتواند که درین حالت جریان خون به شش هاي اضافه گردیده وتوسع شریان ریوی را بار مي آورد و Vascularmarking بصورت متبارز معلوم میگردد. (1)

در Pericardial Effusion (انصاب پریکارد) قلب بصورت عمومی کلان شده وشکل یك ناك کلان را میگرد از طرف دیگر در -Constric tive Pericarditis تکلسات درقلب دیده شد ، وقلب بصورت عمومي کلان معلوم میگردد.

همچنان در Pulmonary arteriolar Hypertension توسع شریان ریوی وهم توسع شراین proximal را سبب شده لیکن marking محیطی وعای به شکل برجسته دیده نمیشود.

Screening و RodioScopy

رادیو سکوپی قلب Pulsation غیرنورمال قلبی Calcificaton دسامی راتشخیص می نماید. استعمال مهم رادیوسکوپی در -Catheteriza tion قلب و Pacemaker implantation میباشد (۲)

۳- درجه ضعیفي چقدر است؟

٤-آیا با ضعیفي دیگر اعراض بمثل از بین رفتن شعور، تب، دردسر، شخي گردن، از بین رفتن حسیت و رعشه توأم است؟

٥- تاریخچه سابقه زخم سر ویا تب موجود است یا خیر؟

٦- در کدام وقت مریض احساس ضعیفي را مي نماید؟

سر دردي(Headach):-

در باره سر دردي سوالات آتي بعمل آیند:

۱-خوصوصیت درد: آیا دردBlunt، تیز (sharp) و یا Trubbling وصف دارد؟

۲- دوام درد: درد به شکل دوامدار و یا intermittent میباشدکه در شکل آخري باید نقاط ذیل پرسیده شود .

الف: دوام و دفعات حملات؟

ب: درد در کدام وقت خاص روز پیدا میشود؟

ج: حالت Aura وجود دارد یا خیر؟

د: کدام فکتور ها سر دردي را کم و یا زیاد مي نماید؟

۳- در کدام قسمت سر سر دردي موجود است؟ آیا درد در ناحیه Frontal، Oc-cipital و یاسر دردي نصف سر را گرفته است؟که به Migrain دلالت میکند .

٤- آیا به سر دردي دیگراعراض بمثل استفراق، دلبدي،حالت انحطاطي (Depression)، بیخوابي (insomnia)، تشوش رویت چشم ویا از بین رفتن شعورموجود است؟

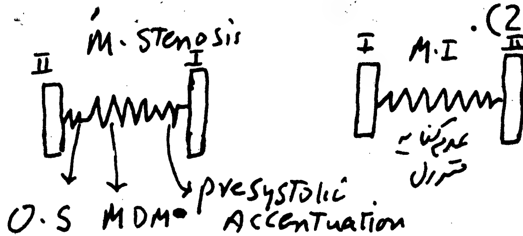
٥- آیا تاریخچه سابقه فرط فشار خون ، شخي گردن و از بین رفتن شعور موجود است؟

Echo Cardiogrephy

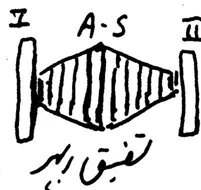
قلب در باره حرکات وبیجاشدن دسا مات معلومات را ارآئه ultra sound'
می نماید. هم چنان در باره ساختمان قلب کلان و اجواف آن ، دسام های قلبی ونیز
درباره تضیق وعدم کفایه دسام ها معلومات کافی میدهد معلومات فوق توسط Ul -
tra sound wave یاموجه ultras found که از عضله قلبی به
جدار صدر انتشار می یابد حاصل میگردد (4) این معاینه بسیار ساده بوده ودر بستر
مریض اجرا شده میتواند

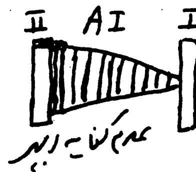
Phono cardio graphy

توسط فونو کادریو گرام آواز های قلبی و مرمر ها ریکارد شده وپرابلم های سخت
اصغا را روشن میسازد. مرمر هاي تضیق مترال ، عدم کفایه مترال ، تضیق ابهر عدم
کفایه ابهر در زیر رسم گردیده است (2).



شکل





Cardiac Cathetarization

Right Heart Cathatarizatian :- یک کتیر
مخصوص از راه Femoral vein یا Bracheal vein به اذین

راست توسط مشاهده تلویزیون رسانده میشود به همین ترتیب کتیتر مذکور به بطین راست وشریان ریوی داخل میگردد. (6) که البته مواد کثیفه در اذین راست ، بطین راست وشریان ریوی از راه کتیتر رزق میگردد وهمچنان توسط کتیتر مذکور خون از قسمت های فوق برای معاینه گازات گرفته میشود که در هر Simple آن فشار قسمی o2 , Co2 تعین میگردد اگر ASD یا VSD موجود باشد مواد کشیفه از طریق Shunt بطرف قلب چپ می رود که این مواد توسط گرفتن عکس Xray معلوم میگردد. اگر ASD یا ForamenOvale بازموجود باشد کتیتراز این را ها به اذین چپ داخل شده میتواند که به این ترتیب نمونه خون از اذین چپ گرفته شده میتواند و ازین راه کتیتر به بطین چپ و ابهر راهنمای شده ونمونه های خون ازین مواضع گرفته میشود.

اگر ASD موجود نباشد توسط یك سوزن از راه همین کتیتر در Septum اذینات داخل شده واز اذین چپ نمونه خون اخذ میگردد. برای اینکه کتیتر به آساني از اذین راست به بطن راست وشریان ریوی داخل گردد درنهایت کتیتر مذکور یك بالتون خورد وصل شده که به این بالون در اذین راست کمی هوا داده که به این ترتیب بالون مذکور به سمت جریان خون رهنمای میگردد وبه بسیار آساني کتیتر مذکوربه بطین راست وشریان ریوی داخل میشود. در عصر حاضر کتیتر های مخصوص بمیان امده که در ICU (Intensive careunit) استعمال میگردد بمثل Swan. Ganzcathetar- در موجودیت این کتیتر مریض به دیپارتمنت رادیوگرافی منتقل نمیگردد و در Icu کتیتر ایزیشن اجرا میگردد.

Left Heart Cathetarization :- یك کتیتر مخصوص زیرنظر تلویزیون در Femoralartery داخل ودر ابهر بطرف بطین

چپ بالا برده میشود تا به بطین واذین چپ برسد. در اثنای این عملیه نمونه های خون از قسمت های مختلف قلب چپ گرفته میشود و نیز مواد کثیفه در هرقسمت زرق میگردد(6).

اگر ASD موجود باشد مواد کثیفه بطرف قلب راست میگذرد در اثنای Cathe-tarization قلب فشار های اجواف قلبي معلوم گردیده ونیز تضیق دسام ها واندازه آنها و End diastolec Pressure اجواف قلبي وظرفیت آن معلوم میگردد.

هم چنان درجه اشباع خون توسط O2 دراجواف مختلف قلب نمایان میگردد از طرف دیگر اندازه دهانه قلبی (جریان خون ریوی وسستمیک) محاسبه شده میتواند بطور خلاصه معلومات که از Cathetarization قلب بمیان می آید قرار آتی است (2).

١- معلوم نمودن تضیق دسام ها
٢- معلوم نمودن سایز دسام ها
٣- معلومات در باره دهانه قلبی
٤- معلومات درباه Shunt وسایز آنها
٥- معلومات در باره وظایف اجواف قلبی

Radio Nuclide Scaning

این معاینه بدو طریق ذیل اجرا میگردد.

١- Blood Poolscaning :- یك ماده ایزوتوب را در دوران زرق نموده وتوسط یك کمره مخصوص گاما (γ) ایزوتوب دورانی تعقیب میگردد. ودر قلب مطالعه ایزوتوب مذکور درصفحه های مختلف سیکل قلبی اجرا

میگردد که به این وسیله Size و Shape معلوم میگردد اگر کمره مذکور به ماشین ECG وصل گردد بصورت جمعی در باره سیکل های متعدد قلب معلومات میدهد. هم چنان استعمال این طریقه درباره وظایف بطین چپ وانیوریزم آن معلومات داده میتواند. (6)

۲- Myocardial Scaning ، در ین طریقه Radio active Lithium استعمال میگردد که توسط کمره (گاما) تعقیب میشود توسط این طریقه درباره Ischemic Heart disease معلومات حاصل میگردد. هم چنان در مورد عضله قلبي نورمال وماؤف توسط این معاینه معلومات حاصل میگردد.

آگـر در دوران مـواد Radio active یـا Ventilation-Perfusion Scaning اجرا گردد در باره تشخیص امبولی ریوی معلومات فوق العاده میدهد (6)

فصل پنجم

ELECTRO CARDIOGARPHY(ECG)

پیدایش تنبیه وامراج ECG درسیستم انتقالی قلب :- تغییرات الکتریکی که در قلب پیدا شده توسط ECG ریکارد میگردد ، تقلصات قلبی که توسط تنبهات که در الیاف مخصوص عصبی عضلی پیدا وبنام سیستم انتقالی قلب یاد میگردد بوجود مي آيد. ایـن سیـستـم عـبـارت از عـقـده SA (Sinoatrialnode) یـا Keith.Flack باسه شعبه عصبی عضلی اذینی آن ، عقده -Aschofftava

Aschofftavara یا (Atrioventricularnode) حزمه His بندل های راست وچپ والیاف purkinji

در حالت نورمال حرکات قلب عقده SA به عهده دارد ، این عقده در اذین راست نزدیک S.V.C موقعیت دارد. از عقده SA تنبیه توسط الیاف مخصوص عصبی عضلی در اذینات انتشار میبابد و آنها را تنبیه می نماید.

بعداً تنبیه به عقده AV آمده و از راه حزمه His وبندل های بطنیات در بطنیات انتشار می یابد . وبطنیات را تنبیه می نماید. در باره پیدا شدن تنبیه قبول گردیده که از ازدیاد وکمبود پوتانسیل برقی در هر دوطرف غشای حجروی بصورت -Rhythmic بوجود می اید در حالات استراحت در داخل غشای حجروی پوتانسیل برقی (-90mv)میباشد که به ایون هاي k ارتباط دارد. یعنی ایون های پوتاشیم 150 meq/L در داخل حجره و 5 meq/L درخارج حجره بوده که نسبت آن ۳۰:۱ است که همین تفاضل پوتانسیل (- 90mv) (gradiant) برق را تولید می نماید باید یاد آور گردد که عقده SA نظر به دیگر نقاط سیستم انتقالي زود به قدمه میرسد. که به این ترتیب درین عقده تنبیه زود پیدا گردیده ودیگر تنبهات که در ستیم انتقالی در حالت پیداشدن میباشد آنها را بلاك می نماید. به این ترتیب عقده SA حرکات نورمال قلب را به عهده دارد (5).

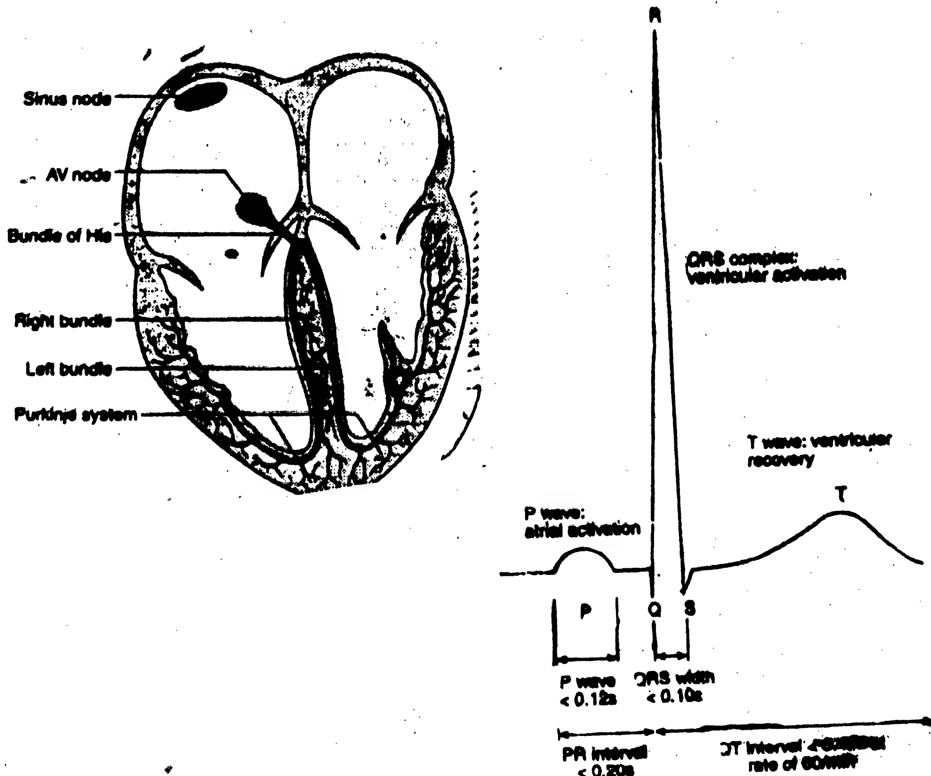
از تنبیه شدن اذینات (Depolarization) در ECG موجه P پیدا و از Repolarization آن ها موجه Pa پیدا ودر Qrs , Complex گم میگردد ودر ECG موجه pa دیده نمیشود . چونکه درعقده AV تنبیه به اهستگی میگذرد ECG انتروال PQ پیدا میگردد . از Depolarization بطنیات کمپلکس QRS بوجود آمده واز Deposarization تام غضله قلبی

در مرحله آخر سگمنت ST حاصل میگردد .

باید ذکر گردد که موجه Q از Depolarization حجاب بین البطنیی بوجود می آید بعد از صفحه Depolarization بطنیات صفحه Repolari - zation از Epicard بطرف endocard شروع میگردد

ودر ECG ، T رسم میگردد بعضی اوقات موجه U نیز در ECG دیده میشود که از Repolariztion الیاف Purkinji به نظر زیاد تر علما حاصل میگرددباید ذکر گردد که در Depolarization و Reploarization قلبی تبادله ایون های Na و K در داخل وخارج غشای حجروی صورت میگرد که این مبحث در فزیولوژی مفصلاً ذکر گردیده است (5).

شیمائی سستم انتقالی ونمونه ECG نورمال در اشکال ذیل ملاحظه نمائید



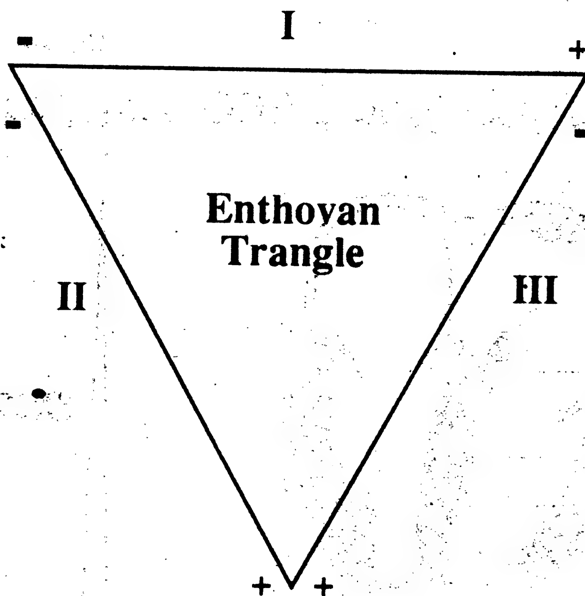
لید ها ی . E.C.G (Leads of E.CG.)

Bipelar leads (Limbleads): ایمنی لیدها عبارت ازلیدهای I.II.III که بنام لیدهایDI . DII . DIII نیز یاد میشوند (2-5)

LeadI : این لید پوتانسیل برقی دست راست وچپ را نشان میدهد

Lead II: این لید پوتانسیل برقی دست راست وپای چپ را وانمود میسازد

Lead III: این لید پوتانسیل برقی دست چپ وپای چپ را ارائیه می نماید که درمثلث Enthovan نشان ده شده است



لیدهای یك قطبه Mono Polar leads

این لید ها عبارت از aVL,aVR. aVF میباشد (2) که a=augomented (بسار قوی)

R=Right و V=Voltage

F=Feet و L=Left رانشان میدهد

یعنی aVR عبارت از آن لیدی است که پوتانسیل برقی دست راست را نشان میدهد که درین وقت الکترود دست راست مثبت و دیگرها منفی میباشد

aVL : عبارت ازلیدی است که ولتاژ قوي دست چپ را نشان میدهد که درین وقت الکترود دست چپ مثبت ودیگر الکترود ها منفی میباشد.

aVF : عبارت از لیدی است که ولتاژ قوي پای را نشان میدهد که در این وقت الکترور پای مثبت و دیگرها منفی میباشد.

Pericardial Leads یا Chest Leads :- این لیدها عبارت از لیدهای اند که درناحیه Pericard نهاده میشوند ودر معاینات روتین از V1-V6 استعمال میگردد (1-2-3).

V1 :- این الکترود در مسافه چهارم بین الضعلی طرف راست نزدیك عظم قص نهاده میشود.

V2 :- این الکترود در مسافه چهارم بین الضعلی چپ نزدیك عظم قص نهاده میشود.

V3 :- این الکترود در بین V2 و V4 نهاده میشود.

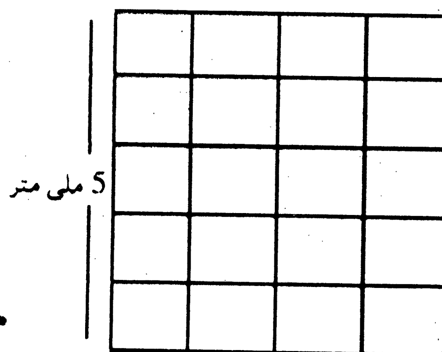
V4 :-این الکترود درمسافه پنجم بین الضعلی چپ Medclavicular line نهاده میشود

V5 :- این الکترود درمسافه بین الضعلی پنجم چپ Anterioraxiliary line نهاده شود.

V6 :- این الکترود در مسافه پنجم بین الضعلی چپ در Medaxiliaryline نهاده میشود.

تخنیک ECG :- اگربه کاغذ ECG نظر انداخته شود دیده میشود که از دوقسم مربع ساخته شده است یك نوع آن مربع های خورد ونوع دیگرآن مربعات کلان میباشد طول وعرض مربع های کلان مساوي (5x5) وارتفاع هرمربع خورد 1mm واگر از نظر وخت محاسبه گردد بصورت افقی 0.02 Sec میباشد به شرطیکه کاغذ ECG50mm/sec ازماشین بگذرد. واگر کاغذ ECG از ماشین 25mm در یك ثانیه بگذرد. مربع خورد مذکور ازنظر وقت به ٠.٠٤ ثانیه مبدل میگردد. درین اواخر از طریقه 25mm استفاده می نماید زیرا که درین طریقه کاغذ ECG کم مصرف میگردد. پس گفته میتوانیم که ٥ مربع خورد ٥ ملی متر و وقت آن ها 0.20 Sec میشود. قبل از اخذ ECG باید تست Voltage اجرا گردد که این Voltage عبارت از 1mv برق بوده که به 10mm مساوي است (2).

سرعت کاغذECG 25mm في ثانیه



0.04 Sec

ECG نورمال وتعریف قطعات آن

موجه P:- این موجه از Depolarization اذینات بوجود آمده وعموماً موجه مثبت بوده ، در Lead II خوبتر بملاحظه میرسد.

اندازه نورمال آن 2mm ودر aVR منفی ودر V1 دوفازه (Biphasic) میباشد. وسعت آن 0.06-0.1 Sec است (2)

PR interval :- عبارت از وقتي است که تنبیه از عقدهء SA تا بطنیات میرسد و ازشروع P تا به شروع QRS محاسبه میگردد اندازه نورمال آن 0.12-0.2 ثانیه میباشد.

موجه Q :- عبارت ازموجه منفی بوده واز Depolarization حجاب بین البطیني بوجود مي آید. ارتفاع نورمال آن از چارم حصه R مربوطه کم میباشد. وسعت این موجه تا ۰.۰۳ ثانیه در حالت نورمال میباشد (5).

QRS Camplex :- این Complex از Depolarization بطنیات بوجود آمده ، اندازه نورمال آن 0.01-0.06 ثانیه میباشد.

موجه R :- عبارت از موجه مثبت است که بعد از Q بوجود می آید

موجه S :- عبارت از موجه منفی است که بعد از موجه R موجود میباشد در لیدهای ستندرد موجه Q از 2mm زیاد نمیگردد وموجه R از 20-4 ملی متر میرسد (5-2).

Lead های I, II, III را بنام لیدهای ستندرد یاد می نماید موجه S 0-7 ملی متر میباشد.

St-segment :- عبارت ازوقتی است که تمام عضله قلبي درین وقت Depolarize گردیده واین سگمنت به خط Iso electric منطبق بوده و از 1-2mm ازخط Iso electric بالا وپائین موقعیت گرفته میتواند. این سگمنت از ختم QRS شروع وتاشروع T محاسبه میگردد.

اندازه متوسط آن تا ۰٫۱۴ ثانیه بوده بشرطیکه حرکات قلب 70/Min باشد (5-2).

موجه T:- این موجه از Repolarization بطنیات بوجود آمده ودرین حالت بطنیات بحالت استرخامیروند (2).

موجه U :- این موجه بعضی اوقات بعد از T دیده میشود اما اهمیت کلینکي نداشته وبه نزد اکثر علما از Repolarization الیاف Purkinjie بوجود می آید (2).

محوربرقی قلب :- محوربرقی قلب به جهت های مختلف انحراف می نماید (2)

۱- Right axisdtiviation :- که توسط فورمول ذیل نشاد داده میشود:

RAD=RIII>RII>RI

۲- Left ax isdiviation :- توسط فورمول ذیل نشان داده میشود:

LAD=RI>RII>RIII

۳- Normalaxis :- توسط فارمول ذیل خلاصه میشود

Normal axis(NA)=RII>RI>RIII این axis دربین منفی ۳۰ درجه ومثبت ۹۰

کتله (Mass):-

در باره کتله نقاط ذیل در نظر گرفته شوند:

موقعیت کتله، اندازه و تعداد آن چقدر است؟ سطح آن لشم، نرم و یا سخت است؟ قوام، حرکت، حساسیت،نبضان و تموج آن در نظر گرفته شوند. جلد کتله متحرك و یا Fixed است. بالاي کتله جلد التهابي و یا کدام Sinus موجود است یا خیر؟ پندیدگي عضلات با کتله یکجا یا بصورت جداگانه وجود دارد؟

تاریخچه طبي

جمع آوري شکایات مریض بصورت منظم از طرف طبیب بنام تاریخچه طبي یاد میگردد. شکایات مریض باید یکایك از شروع تا مریضي حالیه به ترتیب و منظم جستجو گردیده و نیز امراض دیگر و عملیات که به مریضي حالیه ارتباط دارد به ترتیب جمع آوري گردد، که این قسم تاریخچه طبي با معاینه فزیکي داکتر را بطرف تشخیص صحیح رهنمایي مي نماید. در عصر حاضر در بعضي شفاخانه ها جمع آوري شکایات اعراض و علایم مریض توسط کمپیوترشروع گردیده و در نزدیکي تکمیل نمودن تاریخچه مریض به شکل روتین توسط کمپیوتر اجرا خواهد شد(۲)

اساسات گرفتن تاریخچه طبي:

در وقت تحریر تاریخچه طبي مریض نقاط ذیل در نظر گرفته میشوند.

۱- شنیدن و پرسان نمودن.

۲- دیدن.

۳- به ترتیب جمع آوري معلومات.

۱- شنیدن و پرسان نمودن:- گوش نهادن به شکایات مریض اساس تاریخچه

درجه موقعیت دارد.

RAD در Hypertrophy وتوسع بطین راست و در قلب عمودي دیده میشود Patho logec left Axisdviatian در هایپر تروفی وتوسع بطین چپ ونیز در Left bundle branch block (LBBB) دیده میشود

استعمال ECG

۱- درتشوشات سیستم النتقالی و Rhythem آن (2-5)

۲- براي تشخیص Hypertrophy اجواف قلبی (2-5)

۳- براي تشخیص Ischemic Heart disease (2-5)

۱- هایپر تروفی اجواف قلبی

A- هایپرتروفی اذین راست

درضخامه اذین راست P-Pul monale- دیده شده وعبارت از موجه نوك تیز P بوده که amplitude (ارتفاع) آن مساوی به ۲.۵ ملی متر ویا زیاد تر از آن (P≧2.5mm) میباشد . این موجه درلیدهای II و III ، V1 و V2 و avf دیده میشود

P-Pulmanale درحالات ذیل دیده میشود (2)

۱- Pulmary Hypertension

۲- Cerpulmanale

۳- Pulmary Stenosis

٤- Tricos pid Stenosis

B- Hypertrophy اذین چپ :-

درها یپر تروفی اذین چپ موجه دوفازه P (P-Mitral) در لیدهای V6,V5 دیده میشود ودر لید V1 قسمت منفی این موجه نظر به قسمت مثبت آن زیاد میباشد (2-5).

P-Mitral در حالات ذیل دیده میشود

۱- تضیق دسام مترال

۲- Left atrial HyPertrophy

C- هایپر تروفی بطین راست :-

درهایپرتروفی بطین راست Creteria الکترو کاردیو گرام قرارذیل اند (2-5)

۱- موجه عمیق S در لیدهای V6,V5,I

۲- موجه R بلند درلیدهاي V2, V1, II, III, avf میباشد.

۳- تغیرات St- T, Ischemic درلیدهاي III, V1, V2 و avf.

٤- Right axis Divia tion

D- هایپر تروفی بطین چپ :-

در هایپر تروفی بطین چپ علایم ECG قرارذیل اند (2-5)

۱- درلیدهاي v1,v2 موجه S عمیق بوده و Amplitude آن تا 15mm زیاد میشود.

۲- درلیدهای v5,v6 موجه R بلند بوده که ارتفاع آن از 25 ملی متر زیاد میباشد.

۳- $R(V5 \text{یا} V6)+S(V1 \text{یا} V2) \geq 35mm$

٤- تغییرات St-T Ischemic درلیدهای I,aVL, V6-V5

۵- L.A.D (محوربرقی قلب بطرف چپ انحراف دارد)

۲- استعمال ECG درتشخیص **Ischemic Heart disease**

درین امراض در ECG موجه غیر نور مال St- segment EliveTion,Q وموجه T به شکل منفی به مشاهده میرسد.

برای تشخیص احتشاقلب (myocardialinfarction) علایم ذیل اهمیت دارند.

۱- بلند بودن سگمنت ST از خط ایزوالکتریك (علامه ابتدایی است)

۲- موجودیت Q غیرنورمال

۳- پائین بودن یا عدم موجودیت R درلیدهای مربوطه

٤- منفی بودن موجه T

نوت : منفی بودن موجه T به تنهایی ویا با Depresion سگمنت St دلالت به Ischemia مینماید.

همچنان باید یاد آورگردد که گرفتن Degoxin سگمنت St را Depress وموجه T را منفی میسازد.

باید ذکر گرددکه وسعت کمپلکس QRS باوسعت موجه T توسط Hyperkaliemia بوجود می آید. همچنان Hypokaliemia سبب Depression سگمنت St وموجه T میگردد.

موجه نورمال Q عبارت ازموجه است که amplitude آن ازحصه چارم R مربوطه کم باشد ووسعت آن از 0.03 ثانیه زیاد نباشد.

بصورت خلاصه باید گفت که براي تشخیص امراض قلبي توسط ECG قضاوت دقیق بکار است.

۳- استعمال ECG در تشخیص Rhythem

وتشوشات سیستم انتقالی

Sinus tachy cardia :- اگر ضربان قلب درفي دقیقه به شکل منظم از 100 زیاد گردد ومنشه این ضربان از عقده SA باشد بنام Sinus tachy cardea یاد میگردد. در سنوس تکي کارد یا بعضی وقت ضربان قلب از 100-150 حتی از 160 فی دقیقه بالامیرود و در اشخاص صحت مند دروقت سپورت وفعالیت فزیکی ضربان قلب از 110-200 در دقیقه میرسد. درسینوس تکي کارد یا گذشتن تنبیه از عقده AV واذینات بحالت نورمال بوده واذینات وبطینات بحالت نورمال یکی عقب دیگر تقلص مي نمایند.

در ECG فاصله R.R از 0.60 ثانیه کم گردیده وموجه P با موجه T بسیار نزدیك گردیده وحتي یکي بالای دیگر منطبق میگردد.

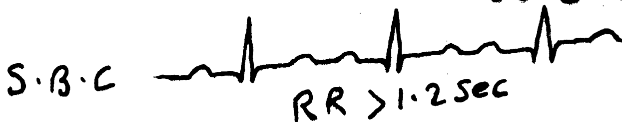
که درین حالت تشخیص Sinus tachy cardia با Paroxysmal tachy cardia ، و Nodal tachycardia مشکل میباشد.

Depresion سگمنت St درسینوس تکی کارد یا زیاد ومزمن دیده شده میتواند (5-2)

سینوس بردي کارد یا Sinus brady Cardia

درین حالت ضربان قلب از 50 ونادراً از 40 فی دقیقه کم میباشد.

ریتم Rhythem قلب منظم ومنشه آن ازعقده SA میباشد. عبور تنبیه در اذینات وعقده AV نورمال واذینات وبطنیات یکي عقب دیگر به شکل نورمال تقلص مي نماید. در ECG فاصله R-R از 1.2 ثانیه زیاد وبه طوالت صفحه دیاستول ارتباط دارد. موجه P از سبب ازدیاد Tonous عصب واگس پائین وبعد ازهر موجه P کمپلکس QRS موجود میباشد. انتروال PQ درسرحد آخری ویا ازان کمي طویل میباشد (2).



Sinus Arrhythmia(S.A)

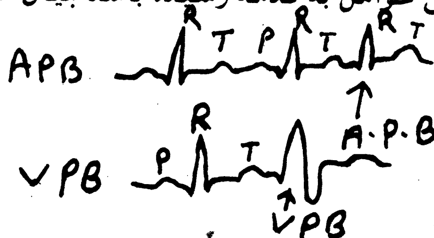
درین حالت به شکل سستمتیك دروقت شهیق ضربان قلب زیاد در وقت ذفیر کم میگردد S.A به فعالیت نارمل اعصاب اوتونو میك ارتباط داشته و در اطفال زیاد دیده میشود اگر در وقت تنفس (شهیق) ویا به تغییر وضعیت ضربان های قلب گم شوند ارتباط به اوتو نومیك Autonomic Nearopathy دارد. ازنظر کلینك اهمیت نداشته واین ارتمیا بنام Respiratory arrhythmia یاد میگردد. ودر جوان ها زیاد تر تصادف می نماید(2)

EXTRASYSTOLE

Ectopicbeat=Premature beat=Ectopicrhythem

زمانیکه منشه تنبیه عقده SA نبوده وازقسمت دیگر قلب منشه بیگرد بنام Ectopec Rhy Them یا Ectopicbeat یاد مي نماید.

Prematurebeat بعد از 50 سالگی زیاد و در ازدیاد عمر وقوعات آن زیاد میگردد PB پیش از تقلص نورمال ازیك محراق که نظر به بعضی عوامل به قدمه رسیده باشد بمیان می آید. PB از نظر موقعیت به سه قسم است.



۱- اذینی Prematurebeat.

۲- Nodal Prematurebeat (NPB).

۳- بطینی Premature beat(V.P.B).

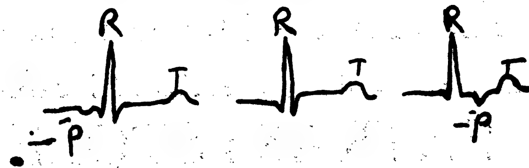
دربعضی کتابها بدوگروپ که عبارت از Supra Ven tricular PB و Ventricular PB میباشد. تقسیم گردیده است.

در PB اذینی مرکز PB دراذین واقع بوده وعبور تنبیه از عقده AV. ودر سیستم انتقالی بطنیات به شکل نورمال میباشد.

در ECG فاصله های RR نامساوي بوده وکمپلکس QRS نورمال و موجه P(Ṕ) غیر نورمال میباشد.(5-2)

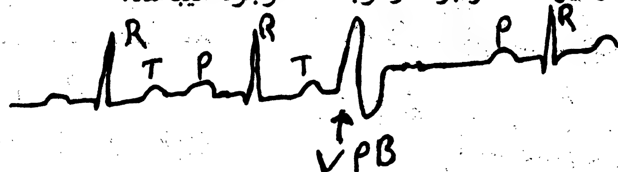


Nodal Premature beat : دراین حالت مرکز PB در عقده AV واقع که این مرکز در قسمت علوي ، متوسط وسفلي واقع بوده میتواند که ازهمین سبب موجه غیر نورمال Ṕ به شکل منفی وبعد از کمپلکس QRS دیده شده ویا این موجه P درکمپلکس QRS گم میگردد (اگرمرکزPB درقسمت متوسط عقده واقع میباشد). کمپلکس بطنی نورمال میباشد.(2)



بطینی Prematu rebeat (V.P.B)

درین حالت مرکز PB دربندل راست ویا چپ واقع است در ECG کمپلکس QRS وسیع از ۰,۱۰ ثانیه زیاد ودارای سوء شکل میباشد. فاصله R-R پیش از PB نظر به فاصله R-R نورمال کوتاه تر میباشد. اگر موجه کلان S موجود باشد درین حالت موجه T از خط ایزوالکتریك بالا وغیر متناظر بوده وموجه P موجود نمیباشد.



(PTC) Paroxy smal tachycardia

PTC عبارت از ازدياد آنی ضربان قلب است که بصورت آنی پيدا وبه همين ترتيب ازبين ميرود. مرکز PTC از عقده SA خارج واقع ميباشد ضربان قلب درفي دقيقه 120-220 به شکل منظم ميرسد. مرکز ectpic P.T.C ازنظر موقعيت بدونوع است (2)

۱- Supra Ventri calar: که اذين ، وهرسه قسمت عقده AV دراين شامل است.

۲- Ventri cular (بطينی)

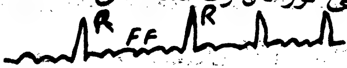
در SupraVentri cular کمپلکس بطينی نورمال وموجه P غيرنورمال (موجه P′)در ECG موجود ويا بشکل واضح موجود نميباشد.

درشکل دوامدار تغييرات اسکميك St-T به مشاهده رسيده وفاصله R-R بسيار نزديك ميشود(5-2).

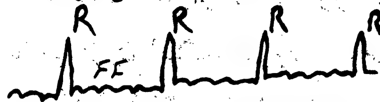
در P.T.C بطيني کمپلکس بطينی سوء شکل داشته وحرکات بطنيات به مرکز بطيني ارتباط دارد. ضربان قلب درفی دقيقه از 120-200 رسيده و انتروال R-R کوتاه وغير منظم ميباشد.

Atrial Fibrilation and Flutter

در AT.Fib حرکات اذينات بسيار زياد وبيتاثير ميباشد. که حرکات اذينات از 300-600 فی دقيقه ميرسد وبلاك عقده AV بدرجه های مختلف موجود ميباشد. يعنی ٤:٢ ٨:٤ غيره . ريتم بطينی به همين اساس غير منظم ونبض نيز غير منظم جس ميگردد در ECG موجه های غير نورمال F.F ديده شده وکمپلکس بطينی نورمال وفاصله های R.R غير منظم ميباشد.



در Atrial Flutter بلاك عقده AV به شکل منظم ٤:٢ يا ٣:٢ وغيره ميباشد. پس فاصله R.R نيز به شکل منظم بوده ونبض منظم جس ميگردد ، اما شده ميتواند که فايبريشن به Flutter و Flutter به Fibri lation تبديل گردد(5-2).



Ventri cular fibrilation :- درفایبریلیشن بطینی ضربان بطنیات بسیار سریع وبی تاثیر وغیر منظم میباشد ونبض بصورت صحیح جس نمیگردد.
فایبریلیشن بطینی حالتی اند که تداوی عاجل را ضرورت داشته وتنها توسطECG تشخیص شده میتواند که در ECG خط ایزوالکتریك دندانه دارمعلوم میگردد.

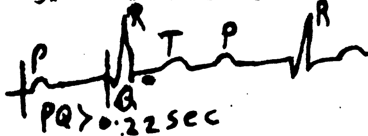


تشوشات سیستم انتقالی

چونکه تشوشات عقده AV ، بندل های راست وچپ ازنظر کلینك اهمیت خاص دارند ازین باعث از نظر ECG بطور خلاصه بیان میگردند

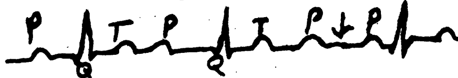
Atrio Ventri cular block(A.V.block) :- درین حالت عبور تنبیه درعقده AV بلاك ویابه آهستگی عبور مي نماید. این بلاك به سه نوع است.

۱- بلاك درجه اول عقده AV:- درین حالت عبور تنبیه از عقده AV وقت زیاد از حد نورمال دربر میگرد. ودر ECG انتروال PQ(R) از 0.22 ثانیه زیاد میباشد وتمام تنبهات که از عقده Sinus منشه میگرد از عقده AV عبور نموده وبه بطنیات میرسد. موجه P وکمپلکس QRSنورمال میباشد(2-5)

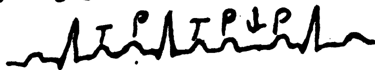


۲- بلاك درجه دوم عقده AV :- درین بلاك بعضی تنبهات عقد Sinus به بطنیات نرسیده ودرین عقده بلاك میشود این بلاك بدونوع است.

a- بلاك درجه دوم عقده wenchebach- AV : -درین بلاك بعد از طویل شدن تدریجی انتروال PQ یك کمپلکس بطینی ازبین میرود (موجود نمیباشد)



b- بلاك درجه دوم Mobitz :- درین بلاك بدون اینکه انتروال PQ طویل گردد یك کمپلکس بطیني بصورت آنی ازبین (بلاك) میرود.



۳- بلاك درجه سوم عقده AV (بلاك مکمل عقده AV). درین صورت اذینات علحیده

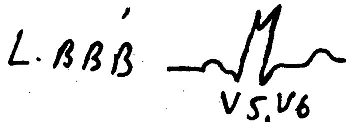
وبطنیات علحیده تقلص مي نمایند که تقلص اذینات نورمال وبه عقده SA ارتباط داشته وحرکات بطنیات به مرکز بطنیات ارتباط داشته وحرکات ان از 40 فی دقیقه پائین میباشد. کمپلکس بطینی سوء شکل داشته ویا نورمال میباشد. فاصله های R.R طویل وباهم مساوی میباشد موجه p به کمپلکس QRS ارتباط ندارد.

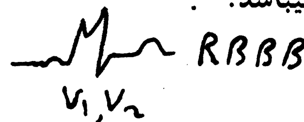
بلاك بندل چپ Left bundebranch block

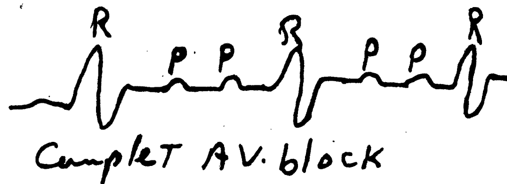
اگر در بندل چپ بلاك موجود باشد در ECG کمپلکس QRS وسیع که وسعت آن مساوی به 0.12 ثانیه ویا ازین زیاد میباشد ودر لیدهای V6,V5 بوضاحت مشاهده میگردد.
درشکل بلاك ناتمام این بندل وسعت کمپلکس QRS از 0.10-0.11 ثانیه مینباشد(2).

بلاك بندل راست Right bundle branch block (2.5)

اگربلاك دربندل راست موجود باشد در ECG وسعت کمپلکس QRS درلید های V1,V2 از (0.12) ثانیه زیاد بوده ویا به آن مساوي میباشد ودرلید I و V5,V6 موجه عمیق و وسیع S دیده میشود. در شکل بلاك ناتمام بندل راست و سعت کمپلکس QRS از (0.12) ثانیه کم میباشد.







فصل ششم

شکایات عمده مریضان سیستم هضمی

Common mnifistation of G.I. Diseases

Anoroxia:- عبارت از عدم موجودیت احساس گرسنگی میباشد یعنی مریض واضحاً به غذا ضرورت داشته ولی احساس گرسنگی رانمی نماید.

که درین حال یك تشوش دراشتها موجود بوده وبی اشتهای وزود سیرشدن در بسیاری امراض عمومیت دارد(3)

سیرشدن (Satiety) :- عبارت از بین رفتن میل غذای بعد از خوردن غذا میباشد.

اسباب بی اشتهائی-بی اشتهای از اسباب روحی (سایکولوژیك) وفزیکی بوجود مي آید. Anoroxia Nervosa یك تشوش روحی است که در آن مریض هیچ اشتها ندارد. بی اشتهائی یك عرض غیر وصفی بوده وزیادتر به امراض عضوی که منشاء خارج سیستم معدی معائی داشته توام میباشد(8)

درد بطن Abdomenal pain :- درد بطن یك عرض معمولی سیستم هضمي بوده که مریض رابه مراجعه به نزد داکتر مجبور میسازد. درد بطن اکثراً از anoxiemia التهاب عضلات ملساء و spasm آن ودیگر امراض بوجود می آید. درد پریتوان و احشاء بطني توسط اعصاب سمپاتیك انتقال مي یابد ودردیکه از احشای بطنی منشاء میگرد بنام درد حشوی یاد میگردد ، این درد در خط متوسط موقعیت داششته وصف آن DuLL واکثراً با دلبدی همراه میباشد ، موقعیت درد اکثراً با عضوی ماوفه ارتباط دارد مثلاً درد مري در قسمت مري وبعضی وقت در Supra Sternalnoch احساس میگردد. (2-6)

دردمعده واثنا عشر در ناحیه epigastric ویاکمی بطرف راست خط متوسط قرار دارد. درد Jujinium و ilium اکثراً درناحیه periumblical بوده ، لیکن درد قسمت Distal الیوم درناحیه R.L.Q(Rightlower Quadrant) احساس میشود.(2) درد امعای غلیظه درقسمت سفلی بطن موجود بوده لیکن خوب توقع نمیگردد. درد کیسه صفرا در RuQ (Right uperQuad) یاناحیه Epigastric موقعیت دارد اگراین درد بسیار شدید باشد در قسمت ظهري در خط متوسط احساس میگردد. (2)

درد پانقراص در ناحیه Epigastric کمی بطرف چپ خط متوسط قرار داشته ودر قسمت پشت در خط متوسط به شکل کمربند انتشار می نماید.

درد ازعضوماوفه دورهم احساس شده که یابصورت Refer ویا بصورت مصاب شدن انساج مجاور بمیان می آید . بطور مثال Absces درقسمت Right lower Quadrant بوده وبالای عضله Psoas قرار داشته باشد درد آن به قسمت Hip و Groin Refer میگردد. درد سپازم مری در قسمت انسی بازوی چپ احساس میگردد (بمثل درد Ischemia قلبی) بنابرین در Reference درد باید داکتر معلومات کافی داشته باشد(2)

درد های بطني عموماً از افات التهابی یا Ischemia بوجود می آید. Spasm واذیما سبب تضیق Segment مربوطه گردیده ودر قسمت بالاتر آن تشنج عضلی ودرد پیدا میگردد. علاوه ازاین التهاب و Ischemia قدمه درد را پائین میاورد. در ابتداً درد حشوی در خط متوسط قرار داشته وصف Dull را دارد و ارتباط به عضوه ماوفه ندارد لیکن در پیشرفت التهاب واسکیمی بصورت تدریجی بالای عضوی ماوفه localised یاموضعی میگردد. ازهمین سبب درد acute appandisitis در ظرف چند ساعت از خط متوسط در R.L.Q موضعی میگردد.

برای رسیدن به تشخیص صحیح باید کیفیت درد ، شدت وموقعیت آن شناخته شود(2). درد های که ازامعاء حالب وقنات مشترك صفراوی منشاء میگرد وصف Colicky دارد. درین حالت مریض نا آرام بوده وتوسط حرکت درد اضافه نمیکردد. از طرف دیگر دروقت درد تخریش پریتوان مریض در بستر آرام افتیده زیرا حرکت درد را اضافه مي نماید(2) بعضی

طبي را تشکیل میدهد یعني مریض باید بصورت آزادانه مریضي خویش را تشریح نموده و داکترعلاوه از شنیدن شکایات مریض شخصیت و حالت روحي مریض رادر نظر بگیرد ، اگر مریض در بعضي نقاط مریضي خویش را واضح نسازد ، داکتر باید توسط بعضي پرسش ها آنرا واضح سازد .

۲- دیدن:- میدانیم که دیدن یك جزء معاینه فزیکي است لیکن یك حصه تاریخچه طبي را تشکیل میسازد . زمانیکه داکتر به مریضي روبرو میشود و یا اینکه مریض به اطاق داکتر داخل میگردد تا تکمیل نمودن تاریخچه طبي مریض زیر نظر طبیب بوده که درین وقت وضعیت مریض، حالت دماغي، قدرت ذکایي و حالت اجتماعي و اقتصادي معلوم میگردد .

۳- تنظیم و ترتیب معلومات:- زمانیکه معلومات از مریض به شکل فوق جمع شد، طبیب باید معلومات جمع شده را در جا هاي مناسب تاریخچه طبي جابجا نمایند که به این ترتیب نقاط فوق در تشخیص صحیح مرض معاونت مي نمایند .

استحصال معلومات زیاد از مریض:- میدانیم که براي اخذ تاریخچه طبي خوب باید در بین داکتر و مریض یك فضاي صمیمانه و خوش آیند تولید گرددتا که مریض شکایات و اعراض خویش را بصورت آزادانه معلومات کافي بدهد .

طبعي است که محصلین طب در ابتدا معلومات کافي در باره اعراض و علایم مرض نداشته و در حین اخذ مشاهده و تاریخچه طبي به مشکلات مواجه میشوند، اما به مرور زمان و کسب معلومات کافي در باره شکایات و علایم امراض این مشکلات رفع میگردد . اگر مریض بسیار تکلیفي بوده و یا در حالت Coma باشد و یا اینکه مشکلات در زبان داشته باشد ، باید داکتر معلومات تاریخچه طبي را از اقارب نزدیك و رفیقان مریض که با مریض شناخت کامل داشته باشد اخذ نمایند(۲)

وقت فکتورهای عصبي ، روحی وکلتوری سبب میشود که در تشریح درد وضاحت بوجود نیاید همچنان در ازدیاد عمردرك درد متاثر میگردد ، بعد از ۸۰ سالگی قدمه درد بلند رفته که درین مریضان ناراحتی حتی دروقت تشقب و انتانات احشا هم درد کم میباشد. (8)

استفراق Vomiting :- عبارت از خروج محتویات معده بصورت Retrograd از دهن میباشد (۱) استفراق توسط مرکز استفراق و Chemo Receptor trigerzone (C.T.Z) کنترول میگردد. استعمال بعضی دواها motion sickness ، uremia ، Diabetic ketoacidosis ودواهای انستیزی عمومی سبب تنبیه C.T.Z شدهٔ واستفراق را بوجود می آورد. سیاله های Afferent عصب واگوس مستقیماً بدون انیکه از C.T.Z بگذرد مرکز استفراق را تنبیه نموده سبب استفراق میگردد مثلاً در توسع حاد عضلات ملساء امعاء ، تخریش غشای مخاطي توسط بعضی مواد (cuper sulfat) التهاب وتخریش پریتوان ، از همین سبب در بسیاری امراض امعاء قنات صفراوی ، حالب ها وپریتوان استفراق ودلبدی موجود میباشد. بوی اشیای نامطبوع ویا ذایقه اشیای بدمزه نیزمرکز استفراق را تنبیه نموده سبب استفراق میشود.

اقسام استفراق :- اندازه استفراق ، دوام ، محتوا وارتباط آن با غذا اهمیت زیاد در تشخیص امراض دارد. در وقت خوردن غذا ویا فوراً بعد از خوردن غذا اگراستفراق موجود باشد اکثراً منشه روحی دارد لیکن بعد از خوردن غذای زیاد اگر استفراق بمیان بیاید دلالت به تشنج واذیمای پیلور که با قرحه همراه است می نماید که درین حالت توسط استفراق درد تنقیص می یابد ، لیکن در کانسرراس پانقراس ودر امراض قنات صفراوی استفراق سبب تخفیف درد نمیگردد (٦).

اگر استفراق یك یاچند ساعت بعد از خوردن غذا تولید گردد دلالت به انسداد پیلور ، acute pancreatits ، تشوشات حرکی معده (Post Vagotomy,Diabetic Neuropathy) معمولاً می نماید.

اگر محتوی استفراق چند ساعت قبل غذای خورده شده باشد دلالت به یك بندش عضوی می نماید (٦)مریضان که بندش فوهه خروجی معده راداشته باشد این مریضان دارای معده متوسع

بـــوده و Succusionsplash موجود میباشد که موجودیت این علامه درتخریش وبندش روحی عضوی اهمیت دارد. اشخاص الکولیك ، زنان حامله یامریضان uremic دروقت صبح بعد از بیدار شدن از خواب دلبدی واستفراق دارند. درموجودیت فرط فشار داخل قحفی استفراق به غذا ودلبدی ارتباط نداشته ووصف این استفراق فورانی (progectile) میباشد.

ازدیاد مقدار استفراق ، غذا وافرازات اکثرا بندش تام را وانمود میسازد به همین ترتیب در atony وتوسع شدید معده وندر تاً از سبب از دیاد عصاره معده (Zolinger Ellision Syndrom) محتوی استفراق زیاد میباشد.

کیفیت محتوی استفراق :- اگر بندش فوحه خروجی معده موجود باشد محتوی مواد استفراقی غذای ناهضم شده میباشد واگر خون در استفراق موجود باشد التهاب معده ویا آفات خبیثه را وانمود میسازد عدم موجودیت صفرا در مواد استفراقیه نشان میدهد که افت پیش از پیلورو اگر در استفراق مواد صفراوی دوامدار موجود باشد بعد از پیلور موقعیت دارد استفراق اســـــــدی زیاد (PH<1.5) به قرحه فعال اثنا عشر که بابندش پیلور توام ویا به gastrinoma دلالت می نماید.

اگر مواد استفراقیه بوی مواد غایطه را داشته باشد به انسداد قسمت سفلي امعاء ، تعدد وی کولونی فستول ویا فستول قسمت علوی امعاء با کولون ونشوونمای زیاد باکتریا در امعاء دلالت می نمایند(6).

استفراق دوامدار سبب بوجود آوردن Hypokaliemia,Dehydratian و Alkalosis میگردد. در حالات ذیل معمولا دلبدی و استفراق موجود میباشد(6).

انسدادفوحه خروجی معده.

انسداد امعاء.

امراض داخل قحفی

Viral gastro Enteritis

Cyclic Vomitirg

حاملگی

ازسبب درد:

psychogenic

پرابلم های داخل بطن

التهاب و Ischemia

Toxin وتشوشات متابولیك

Druginduced

اسهال وقبضیت :- درحالت نارمل یك انسان در روز سه تاچار دفعه ویا درسه تاچار روز یك دفعه فعل تغوط را اجرامی نماید. بعضی مردم برای سالیان دراز در هفته یك دفعه تغوط می نماید.

درمرض Hirschprunges تا اخیر عمر قبضیت شدید موجود میباشد. تعریف اسهال نیز مشکل وازدیاد مقدار فعل تغوط در روزنیز چندان تعریف خوب نیست . واسهال طوری تعریف میگردد که :- اگر حجم مواد غایطه در روزاز ۱۵۰ گرام زیاد گردد بنام اسهال یاد میشود.

درباره توضیح اسهال وقبضیت تغییر عادت فعل تغوط روزمره اهمیت دارد Stress ، تغیر رژیم غذایی ، انتانات معایی ، آفات خبیثه کولون وامراض میتابولیك اسباب مهم آنرا تشکیل میدهد(6)

Hemato chesia-Hematemesis-Melana

Hematemesis :- زمانیکه در مواد استفراقیه خون موجود باشد ویا بعباره دیگر آمدن خون از سیستم هضمی بنام Hematemesis یاد میگردد. که رنگ مواد استفراقیه نظر به مقدار خون ومخلوط شدن خون با مواد استفراقیه فرق می نماید اگراستفراق فوراً بعد ازخون ریزی صورت گیرد رنگ مواد استفراقیه سرخ میباشد واگر دیرتر استفراق صورت میگرد رنگ آن سرخ تاریك نصواری یا سیاه میباشد. نذف علقات خون در مواد استفراقیه سبب تولید رنگ قهوه ئی (ground caffe) را بخود میگرد که عبارت از تبدل Hb به Hema tin ازسبب Hcl معده میباشد.اگر خون ریزی از Lig Tritz ببالاتر باشد سبب Hematemesis میگردد.

کسانیکه melana دادر درکمتر از (50%) آنها Hema timesis دیده میشود. (6)

Melana :- عبارت از خارج شدن مواد غایطه برنگ سیاه یا قیر ماند میباشد که بنام Tarystoll یاد میگردد واز سبب تبدیل شدن Hb بـه Hema tin از Hcl میباشد. melana در خون ریزی مری معده ، اثناعشر ، آفات ناحیه جیجونوم ، الیوم وکولون ساعده دیده شده میتواند به شرطیکه زمان عبور از سیستم هضمی وقت زیاد را بگیرد مثلاً برای 60 ملی لیتر خون 8 ساعت ضرورت است تامواد غایطه به رنگ سیاه تبدیل شود. موجودیت خون به شکل microscopic بنام Occult blood یاد میگردد. کسانیکه بسموت وآهن وغیره مواد را میگرد رنگ مواد غایطه آنها سیاه میگردد که باید در تشخیص تفریقی در نظر باشد.

Hemato chisia

عبارت از عبور خون سرخ روشن از طریق رکتوم میباشد وبصورت عموم خونریزی را ارائه میکند که منشه آن از Lig. Tritz پائین باشد. برای melaana تقریباً 8 ساعت لازم است تاخون در امعاء باقی مانده وسبب melana شود. اماخون ریزی سریع معده ، مری و اثنا عشر تحت عنوان Hematochesia مطالعه شده میتواند. خون ریزی مری ، معده و اثنا عشر از سبب قرحه Errosivegastritis,peptic وریس های مری بوجود آمده وتقریباء 90% فیصد خونریزی ازقسمت علوی سیستم هضمی تشکیل میدهد و ۱۰٪ باقی مانده خونریزی از اسباب مختلف مثل Ca معده ، Mallory weoss سندروم وتشوشات خون وغیره بوجود می اید.(6) اسباب عمده Hematochesia عبارت از بواسیر Analfissrure ، anal fistule التهاب مقعد (Proctatitis) کانسر کولون.

Divert ticollitis , Amebiasis ، Shegellosis ، ulcerative colitis

استعمال دوا های Contra septive وغیره میباشد.

گازات معائی :- بعضی مریضان از گازات معائی به تکلیف بوده وبه داکتر مراجعه می نماید. مثلاً Eructatian (زیات خارج شدن باد)و Aero phagea (بلع نمودن هوا) (6)

Eructatian (Belching) : ارگمی زدن (عارق زدن) :- هوا یکه توسط عارق زدن

خارج میشود عبارت از هوای بلع شده مری میباشد لیکن ارگمی زدن بعضی وقت در امراض عضوي پیش رفته مثلاً در تضیق پیلور یا توسع معده نیز دیده میشوند.
اکثر مریضان ازبین بردن Distrea مکرراً Belching مینماید این مریضان دارای anxiety پیش رفته به شکل دوامدار Aerophogia دارند(6)

Blaoting پندیدن بطن :- پندیدن بطن در سابق به شکل غلط به ازدیاد گازات بطن اطلاق میشد. درحقیقت حرکات اپنارمل امعاء مسؤلیت این عرض را به عهده دارد. محتوی امعاتوسط یك میخانیکتخاص که توسط خوردن تنبیه میگردد به پیش میرود. تشوشات حرکی امعاسبب حرکت سریع گازات میشود بنا برین اگر در مقابل این حرکات کدام مانع ومقاومت تولید گردد (سپازم یاتضیق) ناحیه بالاتر از مقاومت توسع نموده وناحیه متضیقه سبب درد های Cramp میگردد آفات عضوي به مثل تضیق امعاء اسباب Blaoting راتشکیل میدهد.

Excessive Flatus :- عبارت از خروج گازات زیاد از طریق رکتوم میباشد واز اسباب ذیل بوجود می آید : خوردن مواد غذائی که دارای گازات باشد ، در سیستم معدی معایی نشو ونمایی باکتریا های تولید کننده گازها وتشوش جذب کاربوهایدریت ها. گازات امعاء بطور عمده ازN_2 , Co_2 وگازمتان میباشد لیکن مریضان کانسرکولون (80%) فیصد این گاز را تولید مي نماید (6).
بعضی مریضان کازنارمل را تولید نموده لیکن مقدار اطراح آن بعد از خوردن غذا زیاد میشود ، این مرض توسط فعالیت زیاد gostro collic reflex بوجود می آید.
[illegible] زیاد در کولون به خوردن میوه جات ار تباط دارد که کار بوهایدریت غیر مجذوب را دارا میباشد.

Regorgitation :- عبارت از خروج مواد غذایی از مری ومعده است که مریض دلبدی نداشته وتقلص عضلات بطني وحجاب هاجز در آن ذیدخل نمیباشد وبه همین علت از استفراغ فرق میشود. Regorgitation در عدم کفایه معصره Cardia مخصوصاً با فتق حجاب هاجز، قرحات Spasm , Pepric پیلور همراه باشد دیده میشود(6)
Hall otosis :- احساس بوي نامطبوع در وقت تنفس بنام Hallotosis یاد میگردد که

امراض دهن ، بیره ، دندان ، Absces ریه و Brachec Tasis (توسع قصبات) اسباب آنرا تشکیل میدهد (6).

ضـــیـــاع وزن Weight loss :- در صورتیکه شخص غذای کافی صرف نماید وضیاع وزن موجود باشد جدی تر تلقی میگردد زیرا در صورت ضیاع وزن چانس موجودیت امراض عضوی بیشتر میباشد. میخانکیت ضیاع وزن به اساس سه فکتور ذیل بوجود می آید(6)

۱- تنقیص اشتها

۲- سریع شدن میتابولیزم

۳- ضیاع شدن کالوری در ادرار ومواد غایطه

این فکتورها بصورت جدا گانه ویا بصورت دسته جمعی در ضیاع وزن رول دارد میخانکیت ضیاع وزن در امراض سیستم هضمی بصورت عموم کم گرفتن غذا وسوء هضم میباشد. یك تعداد زیاد امراض سیستم هضمی سبب ضیاع وزن میشود مثلاً Chronic Pancreatitis که سبب اسهال شحمی Steatorrhea شده وضیاع وزن را بمیان ی آورد.

همـــچنان Regional Enteritis,ulcerativecolitis سـبب ضیـاع وزن میگردد در کسانیکه سبب ضیاع وزن معلوم نباشد باید موجودیت انتان مخفی مثلاً TB ، ابسی امیبی ، امـراض فنگسی ، SBE وغیره مدنظر بوده که علت ضیاع وزن درین امراض بی اشتهای وسریع شدن میتابولیزم میباشد که توسط التهاب بوجود می آید.

امراض سرطاني معمولترین سبب ضیاع وزن را تشکین میدهد مخصوصاً سرطان سیستم هضمی ، پانقراص ، لوکیمیاو lymphoma در نظر باشد. امراض روحي وکلیوی نیز سب ضیاع وزن میگردد.

بصورت خلاصه در موجودیت اشتهای خوب اگر ضیاع وزن موجود باشد باید امراض دیابت ، Hyprthyridism وسؤ جذب امعاء در نظر باشد.

باید تذکر گردد که در ۳۵٪ واقعات بدون موجودیت امراض واضح ضیاع وزن موجود شده میتواند.

سوخت دل یا Pyrosis یا Heart burn

عبارت ازیك نوع سوخت ، حرارت ویا درد میباشد که در خلف عظم قص یا در قسمت علوی ناحیه اپیکستریك موقعیت دارد. انتشار آن بطرف گردن و دست ها میباشد. تمام اشخاص در یك زمان این عرض را حکایه میکند.

Pyrosis در زمان حاملگی ، در اشخاص مصاب به Hlatus Her nia در اشخاص که مصاب به امراض عضوی سیستم هضمی باشد بملاحظه میرسد. کسانیکه H. Hernia دارد وقتیکه به قدام خم شود ویا نان زیاد صرف نماید این عرض تولید میگردد. هم چنان بنابر تخریش معدوی ویا تولید فعالیت حرکی غیرنارمل سوخت دل بوجود می آید مثلا Esopha gitis. همچنام استعمال غذاهای اسیدی ، ادویه جات (اسپرین والکول) سبب بوجود آمدن Pyrosis میشود. (6)

Dysphagia :- عبارت از بندش وتوقف لقمه غذای در هنگام عبورُ ازدهن بلعوم ومری میباشد. واز جمله اعراض مهم امراض مری محسوب میشود وعلت اصل آن باید جستجو گردد. برای در یافت سبب آن از معاینات بلعوم ، Esophagoscopy وغیره استفاده میشود. عسرت بلع بدو قسم است.

۱- عسرت بلع میخانیکی mechanical dysphagia : که از سبب اخذ یك لقمه بزرگ غذا وکم شدن قطر مري بوجود مي آید.

۲- عسرت بلع حرکی motor dysphagia این شکل عسرت بلع از اثر عدم تطابق وضیعفی Prastaltic مری بوجود میاید مثلاً در Achalasia ، سپازم منتشر مری .Poliomyalitis

قطر مری نظر به الا ستکیت که دارد تا به ٤ سانتی متر توسع میکند اگر قطر مری از ۲ سانتی متر بیشتر توسع نتواند عسرت بلع بوجود مي اید و اگربه ۱,۵ سانتی متربرسد عسرت بلع همیشه موجود میباشد. اسباب عمده نوع میخانیکی آن عبارت از کانسر مري ،

تضیقات ، قرحات Peptic ، موجودیت Ring یاحلقه درناحیه Cardiac وغیره میباشد. (6)

عسرت بلع باید از Glubus Hystericus که عبارت از احساس موجودیت یك كتله در گلون میباشد اما در زمان فعل بلع مشکلات وارد نمیکند تشخیص تفریقی گردد.

Odenophagia عبارت از درد درهنگام فعل بلع میباشد واکثراء با Dysphagia توام است.

Aphagia عبارت از عدم موجودیت فعل بلع است که در بندش تام مری بوجود مي اید.

سؤهاضمه Dyspepsia یا Indiges tion : سوء هاضمه کلمه است که از طرف مریض به تعداد زیاد اعراض عطف میگردد که سبب نا آرامي مریض بعد از گرفتن غذا میگردد. این عرض نزد مریض وداکتر عین مفهوم را دارا نمیباشد بنا برآن باید ازمریض سوال شود که چه چیز را سؤ هضم میگوید ،بعضي مریضان سوزش دل ، انتفاخ بطن یا عارق را سوء هضم میگوید . یك تعداد دیگر احساس پربودن بطن ، موجودیت فشار ویا اینکه درد حقیقی را سؤ هضم میگویند.

سؤهضم میتواند از سبب یك تعداد زیاد امراض معدی معائی ویا امراض جهازات دیگر بوجود آید بناء سؤهضم وظیفوي در حالاتي بوجود می آید که دلایل واضح براي سؤ هضم موجود نباشد که شاید علت آن Pscychogenic باشد. درصورتیکه اسباب عضوي آن رد گردد در آن صورت سؤهضم را وظیفوي مي گویند.(6)

عدم تحمل غذا Food Into Larance :- دریك تعداد حالات غذای مخصوص ویا یك نوع غذا سبب بروزبی نظمي ونا راحتی مریض میگردد که ثابت ساختن ان جهت تشخیص سببی سؤهضم ومرض با اهمیت میباشد.(6)

بعضی از غذا ها نظر به قوام آن خوبتر تحمل گردیده وبعضی دیگر غذا ها از سبب اینکه توسط امعاء رقیقه جذب نمیگردد از طرف مریض تحمل نمیگردد مثلاء صرف نمودن مواد شحمي توسط اشخاص که به افات پانقراص وکیسه صفرا مصاب باشند ، ویا کسانیکه افات Peptic دارند صرف نمودن مواد اسیدی وتیزابي نزد شان سبب نا آرامی میگردد ، در نزد

بعضی اشخاص فقدان انزایم مخصوص بملا حظه میرسد مثلاً فقدان انزایم Lactase که از سبب خوردن شیر درد بطن واسهال نزد مریض تولید میگردد.

بعضی اشخاص باغذا ها حساسیت دارند ویا اینکه تاثیرات. زهری بالای امعاء شخص حساس تولید میکند.

بامیخانیکت های فوق الذکر در اکثر حالات نمیتوان حالات سریری را که در عضویت بوجود امده توضیح نمود زیرا دلیل بروز این اعراض واضح نمیباشد.

معاینات فزیکی سیستم هضمی

درمعاینه فزیکی سیستم هضمی معاینه جوف دهن (Oral cavity) ، بطن (Abdomen) ورکتوم (Rectum) شامل میباشد(2-1)

A- معاینه جوف دهن Oral examiation :- درمعاینه جوف دهن اشیای ذیل باید معاینه گردد:

۱- لبها ۲- الاشه ۳- دندانها ٤- زبان ٥- حنك Palate ، حلقوم Faucoum ، Oropharynx وغشای مخاطی دهن ٦- تنفس (Breath).

۱- معاینه لبها :- درحالت نورمال لب ها لشم ورنگ آن ها باید در نظر گرفته شود در سیانوزرنگ آن آبی (Blue) ، در اینمیا خاسف (Pale) ودر آفات ولادی سؤ تشکلات (لب چاق Harelip) جستجو گردد تقرحات لبها در سفلیس*، کارسینوما وتب خال (Herpes simplex) دیده میشود.

۲- معاینه الاشه (بیرها و Gum) :- رنگ بیره ها در نظر گرفته شده ، در تسمم سرب در سرحد دندان ها وبیره یك خط ابی رنگ دیده شده که اینخط از طبقه Tartar (یك ماده ترسبي است که از پروتین لعاب وکلسیم فاسفیت ساخته شده است) طوری فرق میگردد که اگریك کاغذ در بین دندان ها وبیره داخل گردد خط تسمم سرب واضح تر میگردد لیکن خط Tartar ازبین میرود.

بیره درمریضی Scurvy پندیده واسفنجی بوده ونیز شده میتواند که درحاملگی و epilepsy (که بصورت دوامدار توسط Hydantion تداوی شده باشد)پندیده باشد در

thrombo cyto penic pur pura ولو کیمیایی حاد در بیره نذف دیده میشود.
در Ging ivitis کنار های بیره سرخ وبه اسانی نذف میدهد. در Pyorrhea بیره تکمشی ونذفي بوده وقیح در سرحد دندان وبیره به ملاحظه میرسد.

۳- معاینه دندان ها :- دندان های Ha tchison در سفلیس ولادی مشاهده گردیده که در این حالت مقطع دو دندان علوی insisor مدور بوده ودندان ها شکل Peg (روی چوب) دارد یعني در قسمت بیره دندان ها توسیع در قسمت تاج خورد بوده وکناری آزاد آنها نصف هلال میباشد (2-1)

٤- معاینه زبان :- دروقت معاینه زبان از مریض خواهش گردد که زبان خود را بیرون کشیده واشیای ذیل درآن معاینه گردد.

a- رنگ زبان : در سیانوز رنگ آن آبی (Blue) درتسمم nicotin وکمبود Ribo Flavin زبان سرخ (Red beefy = گوشت سرخی) در انیمیا خاسف ، در مریض addison وبعضی« امراض فنگسی وبعد از خوردن مستحضرات آهن رنگ آن سیا میباشد. در Typhoid در قسمت مرکزی زبان باردار وکنارهای آن سرخ میباشد.

b- تناظر زبان : در حالت نارمل زبان بسیار خفیف انحراف می نماید.

c- لرزش یا Tremor (رعشه):- درعصبانیت، Thyrro Toxitcosis، Dementia paralytica و Perkinsonism رعشه زبان به مشاهده میرسد.

d- معاینه سطحه زبان :- درین قسمت اشیای ذیل یا داشت گردند

۱- زبان خشك ویا مرطوب است. زبان خشك در حالات ذیل دیده میشود.
Anxiety ، Dehydrat tion و Diabetus insipedus ودرمرحله آخر uremia و انسداد حاد امعاء

زبان مرطوب : درحالات ذیل دیده میشود : در Hysteria ، درتقرحات دهن ، تسمم ایوداید و برومايد ، Post Encephalitis Perkinsonism

۲- زبان لشم :- در بعضي حالات Papilla زبان به اتروفی مصاب شده میتواند وزبان

شهرت مریض:- طبیب باید در شروع مشاهدات خویش اسم مریض، عمر، جنس، نژاد، وظیفه، آدرس خانه را تحریر نمایند، زیرا که بعضي امراض در سنین مختلف ظهور نموده و به همین ترتیب بعضي امراض در زن ها و بعضي در مرد ها عمومیت دارند.

شکایات عمده Chief Complaints:

شکایات مهم و عمده که مریض را به مراجعه به پیش داکتر و شفاخانه مجبور میسازدبنام chief complaint یاد میگردد. شکایات عمده باید از دهن مریض به شکل اصلي تحریر گردد. همچنان تحت این عنوان شدت و دوام اعراض ذکر گردیده و از یاد آوري مرض صرف نظر گردد.

اگر مریض بگوید که تنفس را کشیده نمیتوانم و یا در پاهاي من پندیده گي موجود است باید داکتر از استعمال اصطلاحات طبي (اذیما)Oedema، عسرت تنفس (Dyspnea) اجتناب ورزد (۲)

سیر و بدایت مریضي حالیه (Present illness):

تحت این عنوان تمام حکایات مریضي حالیه مفصلا" ذکر گردد یعني تفصیل شکایات عمده که مریض را مجبور برفتن به شفاخانه نموده بیان گردد، و به مریض موقع داده شود که تکلیف خویش را از شروع تا حالت موجوده مفصلا" بیان نمایند. باید داکتر از سوالات که از مریض به بلي یا نه جواب بدهد اجتناب ورزدو نیز طبیب باید مفهوم خود را در افاده مریض نگنجاند (مثلا" داکتر به مریض میگوید که درد در وقت قدم زدن پیدا میگردد. همین طور نیست؟) حال اینکه عوض این سوال باید به این ترتیب پرسیده شود (کدام اشیا شبب تولید درد شما میگردد) که به این ترتیب در مقابل این سوال مریض میگوید که عامل فلاني و فلاني سبب تولید و تشدید درد من میگردد. (۱- ۲)

زمانیکه تمام معلومات جمع آوري گردیده طبیب باید به دقت اوصاف عمده هر عرض را به شکل جداگانه ترتیب و تنظیم نمایند. یعني وصف هر شکایت، تاریخ شروع،

لشم بمیان می آید ودر امراض ذیل به ملاحظه میرسد Perinicious Animia (انیمیایی خبیث) ، اینمای فقدان آهن ، Pellagra و Sprue.

۳- Furring زبان یاپوشش زبان (زبان باردار) :- زبان درحالت نارمل توسط یك طبقه غشای مخاطی نازك دهن پوشیده شده اگر این طبقه ضخیم گردد بنام Furring Tonge یاد گردیده ودر استعمال تنباکو ، تب (درملاریا تمام زبان ودر محرقه قسمت مرکزی باردار میباشد) تنفس از طریق دهن ، قبضیت ، Enteritis' gastritis دیده میشود هم چنان ابتدا Scarlit Fever بالای زبان طبقه ضخیم سفید وجود داشته که حلیمات سرخ درآن دیده میشود که بنام Strawberytongue یاد میگردد. بعداً طبقه سفید ازبین رفته وزبان سرخ معلوم میگردد که بنام Red Strawbery tongue یاد میشود. (1-2)

٤- تقرحات زبان :- چهارقسم قرحات در زبان بوجود آمده میتواند. قرحات ساده - قرحات خبیث - قرحات توبرکلوزیك وقرحات سفلتیك .قرحات ساده سطحي بوده ودر سیاه سرفه ودر مردمان که دندان های تیزدارند دیده میشود قرحات خبیث درکنار های زبان دیده شده که کنار های سخت ومغشوش و (Evertide) داشته وقاعده هاي سران سخت (indurated) به نظر میرسد. عقدات لمفاوي ناحیوی
نیز کلان میباشد.

قرحات توبر کلوزیك درنوك زبان موجود بوده این قرحات سطحی زرد و درد ناك میباشد. ودر TB ریوی دیده میشود.

قرحات سفلتیك بدوقسم بوده که قرحات سطحی آن درکنار های زبان ویا در سطح بالای زبان به شکل Fissure بملا حظه میرسد. قرحات عمیق سفلیس در سطح ظهری زبان موجود بوده قاعده های آن سخت Indurated نمیباشد وعقدات لمفاوی ناحیوی کلان نبوده ودرد هم موجود نمیباشد.

۵- لکه ها بالای زبان یا Patches :- دربعضی حالات به مثل Thrush ، leukoplakia وزبان جغرافیوی (یك حالت نارمل است که بالای زبان لکه ها بمثل نقشه دیده میشود) که درمعاینه فزیکی باید در نظر باشند (2-1)

e:- معاینه سطح تحتانی لسان :- ازمریض خواهش نماید که نوك زبان را به حنك تماس بدهد ونقاط آتی را یاد داشت نماید (2-1)

۱- Tongue Tie (زبان وصل شده) : که مریض کارفوق را کرده نمیتواند.

۲- درسیاسرفه در پهلوی Frenulum قرحات کوچك دیده میشوند

۳- در التهاب غدوات تحت الفكي مجرای قنات های این غدوات دیده میشوند.

f: حجم زبان : زبان کلان macroglossia در Cretinism بمشاهده میرسد درین حالت زبان از جوف دهن بیرون برآمده میباشد.

۶- معانیه حنك(Palate)

حلقوم (Faucium) (Oropgarynx) وغشای مخاطی

دهن مریض را باز نموده وتوسط Tonguedepressor وروشنی خوب جوف دهن را معاینه نماید. غشای مخاطی دهن در سیانوز آبی (Blue) ودر انیمیا خاسف میباشد. (1)

Koplik,s Spots درصفحه نزلوی سرخکان پیش از بروز اندناعات نقاط خورد سفید (که تمایل به رنگ آبی دارد) که توسط یك هاله سرخ احاطه شده درحذای دندان های mular به نظرمیرسد. Pigmentation دهن در مرض Addison دیده میشود.(1)

رنگ حنگ در انیمیا خاسف ، در سیانوز آبی ، در زردی زرد ودر کمبود Vi tB سرخ میباشد. هم چنان قرحات باید درحنك جستجو گردد که قرار ذیل اند.

Aphtus ulcer -a

Snail trac kulcer -b عبارت ازیك قرحه حلزوني شکل بوده که

درسفلیس دیده میشود.

c- Voncent angina : که قرحات عمیق میباشد.

d- Agranolo cytosis :- درین مرض قرحات وسیع وغیر منظم دیده میشود و امکان دارد که در Leukemia نیز این قسم قرحات بمشاهده برسد بعد از آن تانسل را معاینه والتهابات آن در نظر گرفته شود. در Tonsilitis نقاط چرکین بالای سطح آنها دیده میشود. در Diphtria یك غشای خاکي رنگ Dirty grey در سطح آن بملا حظه میرسد. درمعاینه Oropharynx پندیدگی غدوات Adenoid والتهاب آن جستجو گردد. که درین حالت وریدهای برجسته (ترسمات وعایی) از سبب التهاب مزمن Pharyngitis دیده شده ونیز موجودیت قرحات ، کتله Bulging. در نظر باشد. که در Retropharyngeal ابسی جدار خلف بلعوم پندیده میباشد.

۷- تنفس :- **Breath** :- به مریض گفته شود که دهن خود را باز نموده وتنفس نماید اقسام ذیل تنفس موجود میباشد (1-2)

a :- Foulsmell :- این قسم بوی تنفس از دندان های خراب ، تقرحات دهن ، تخریب پارچه غذای باقی مانده در دهن تولید میشود

b :- Putred smell :- این قسم بوي تنفس در گانگرین شش ها موجود میباشد.

c :- Mousy smell :- درسیروزجگر Fetorhepaticus موجود میباشد

d :- Fishy smell :- در uremia موجود میباشد.

e :- Fruity smell :- در Diabetes malitus موجود میباشد.

f :- Etherical smell :- درتسمم الکول دیده میشود.

g :- Garlic smell :- از سبب اخذ بسموت وفاسفورس بوجود می آید

h -: Other smell -: Opium و Paraldehyd بوي های مربوطه خویش را تولید می نماید.

B- معاینه بطن :- درمعاینه بطن تفتیش ، جس ، قرع ، اصغا ، اندازه بطن ومعاینه رکتوم شامل میباشد. (2-1)

تفتیش inspcetion : پیش از تفتیش بطن باید کار های ذیل اجرا گردد

۱- مثانه باید خالی گردد.

۲- مریض باید به استجاع ظهري هموار استراحت بوده وبالشب زیر سر مریض نباشد.

۳- مریض باید آرام وکاملا Relax بوده ودست های آن در پهلو باشد

٤- درتفتیش نقاط آتي در نظر گرفته شوند(2-1)

۱- Contour بطن

۲- حرکات بطن

۳- Bulging

٤- نبضان دربطن

۵- در جدار بطن موجودیت Pigmentatian

٦- وریدهای متبارز

۷- امواج استداری

۸- موی های عانه

۹- سره umblicus

۱۰- مجرا های فتقیه

۱۱- خطوط وندبات (Scar and strias)

۱- Contour بطن :- در حالت نورمال قسمت مرکزی بطن Depress وبنام Scaphoid Abdomen یاد میگردد. بطن برآمده درحالت ذیل دیده

میشوند.(1-2)

a- مـــایع (Fluid) مـثـلاً حبن (Ascitis) کـه درجوف پریتوان مـایع تجمع کـرده باشد.

b- شحم (Fat)

c- گاز (Flatus)

d : جنین (Fetus)

e : قبضیت (Faeces)

f : احشای بطني کلان وبزرگ Enlarged Abdomenal Vescera

۲- حـــرکـــات بطني :- همـراه هرتنفس تمام بطن حـرکت نموده لیکن بعـضی وقت یك قـسـمت جدار بطن ویاتمام بطن کم ویا هیچ حرکت نمی نماید مثلاً در (Appendisitis، Peritonitis ودیگرحـالات) درحالت نارمل بطن در حالت ذفیر پائین در وقت شهیق بیرون می برید لیکن بعضی وقت حالت مـعکوس دیده میشود یعنی درفلج حجاب حاجز دروقت شهیق بطن داخل ودروقت ذفیر بطن بیرون می برآید.

۳- Bulging :- درصـورت بزرگ شـدن طحـال در قـسـمت چپ بطن ودر صورت بزرگ شدن جگر درقسمت راست بطن Bulging بوجود می آید. در صورت مـوجـودیت Appendicular ابسی درحـفره الیـوی طرف راست Bulging دیـده میشود. تمور اعـضاي داخل بطن ویا نشوونمای زیاد آنها درناحیه مربوطه Bulging بمیان مي آورد.

در فتق ناحیه اپیگستریك یا در قسمت انشعاب عضلات Rectus زمـانیکه مـریض سرخود را در مقابل یك مقاومت بلند نماید درناحیه مربوطه Bulging بمشاهده میرسد.

٤- نبـــضـــان در بطن :- درحـالات ذیل نضـان درناحـیـه اپیگسـریك دیده میشود(1)

a- Nervousnes (عصبانیت)

b- ضخامه بطین راست
c- کبد نبضاني (درعدم کفایه Tricuspid کبد نبضاني موجود میباشد)
d- در قدام ابهر بطنی موجودیت تمور
e- انیوریزم ابهر بطنی
f- در اشخاص لاغر ونحیف درحالت نارمل نبضان ابهر بطنی دیده شده میتواند.

٥-Pigmentation جدار بطن :- تصبغ جدار بطن درمرض Addison ، حاملگی واز سبب حرارت بوجود می اید.

٦- ورید هاي برجسته :- وریدهای جدار بطنی در حالات ذیل برجسته میگردد.

Portal Hyper Tension -a :- در دوران بابی جگربندش موجود بوده وخون به ورید های umblical ، Para umblical ، و وریدهای علوی وسفلی اپیگستریك تیله (Shunt) میشوند که درنتیجه این ورید ها برجسته میگردد. بعضی وقت درناحیه ناف از سبب تبارز ورید ها یك تبارز برجسته بنام Caputmedosa بمیان می آید که جریان خون این وریدها از سره (ناف) بطرف مجاور میباشد.

تعین سمت جریان خون (1-2) : راس های دوانگشت را بالای یك ورید نهاده وفشار بدهید درین وقت راس انگشت هاي رایکی از دیگر دور نماید که دراین وقت خون موجود در بین دوانگشت در ورید تخلیه میگردد حالایك انگشت را از ورید بالانماید و وقت پرشدن ورید را از خون یاد اشت نماید ، این عملیه رادوباره تکرار نموده واین دفعه انگشت دیگری را بالانماید این وقت پرشدن ورید را نیزیاد داشت نماید، هردووقت را مقایسه نموده وقت کم سمت جریان خون را وانمود میسازد.

b- بندشش ورید اجوف سفلي - دربین ورید هاي فخذی وابطی از طریق ورید سفلی اپیگستریك ارتباط موجود است بناء در بندش ورید اجوف سفلی ورید های

ارتباطی در قسمت قدامی جنبی Trunk برجسته میگردد.

c- کانسر پیش رفته بطن :- درقسمت پندیده بطن وریدهاي برجسته در جدار بطن به شکل واضح بمشاهده میرسد.

۷- امواج استداری Pristaltic waves :

در التهاب وانسداد امعاء امواج استداری متبارز میگردد. سه قسم امواج استداری موجود میباشد(1-2)

a- در Pyloric Stenosis درناحیه اپیگستریك از طرف چپ براست امواج استداری دیده میشود.

b- در انسداد ilio cecal valve (زیاد تر از سبب (TB) توسع الیوم و Jejunum بمیان آمده ناحیه مرکزی بطن (Umblical) برجسته میگردد وامواج استداری درین ناحیه شباهت به آوازي داردکه ازبالا شدن بالای زینه بمیان می آید. (1-2) (Step ladder pattern)

c- در انسداد کولون صاعده درقسمت راست از پائین به بالا امواج استدرای دیده میشود.

d- در انسداد کولون نازله در محیط بطن توسع موجود بوده ودر قسمت چپ بطن از بالا بپائین امواج استدرای دیده میشود (1).

۸- موهای عانه :- در زن ها سرحد علوی مویهای عانه مقعر ودر مردها محدب بوده وتاناف امتداد دارد. درزن ها درتمور های مبیض که هور مون های اندروجن را افراز می نماید این حالت معکوس میگردد(2).

ودر مردها معکوس شدن این حالت دلالت به تمورهاي خصیه مي نماید که هورمون های استروجن (Estrogon) را افراز می نماید

۹-ناف (سره umblicus) :

موقعیت ناف را یاد داشت نموده که در حالت نارمل ناف در قسمت مرکزی بطن دربین

symphysis pubica کـــمی نزدیك به Sym physis pubica و xyphoid موقـعیت دارد در تمورهای مـبیض (تخـمدان) ناف بطرف بالا تیـله گردیده و در وسط Xyphoid و Symphysis pubeca موقعیت را اختیار می نماید.

بعداً شکل ناف را ملاحظه نموده که در حالت نارمل کمی بطرف پائین فرورفتگی دارد که بنام invertid یاد میگردد. درحالت حبن بیرون می براید که بنام Evertion یا Ptosis سره یاد میگردد (2-1)

۱۰- فـوحـات فـتـقـیـبـه :- Hernial orifice :- فـوحات فـتـقـیـبه در ناحیـه هاي مقبنی inguinal , umblical واپیگستریك مشاهده نماید.

۱۱- Scar و Strias :- مــوجــودیت scar به عــملیـات یازخم سـابقــه دلالت میکند. موجودیت خطوط در جدار بطن تغییرات تازه حجم بطن را ارائه می نماید بمثل حمل ، حبن ، چاقی وغیره.

در Cushing سندروم خطوط گـلابی رنگ در جــدار بطن بملا حظه مـــیرســـد در Pancreatitis نذفي موجودیت رنگ ابی ناحیه Flank علامه تشخصیه بوده وبنام Grey turners sign یاد مـیگردد. ومـوجـوذیت این عـلامـه در اطراف ناف بنام Cullen,s sign یاد میگردد.(1-2).

جس PALPATION

براي جس بطن توسط خطوط ذیل به ۹ قسمت تقسیم شده است (2-1)

۱- دوخطوط عـمـودی کـه از نقطه مـتـوسط مـقـبني مـیگذرد (نقطه مـتـوسط مـقـبني در قـسـمت مـتـوسط Symphy sis pubica و Spinailiaca anterior واقع میباشد)

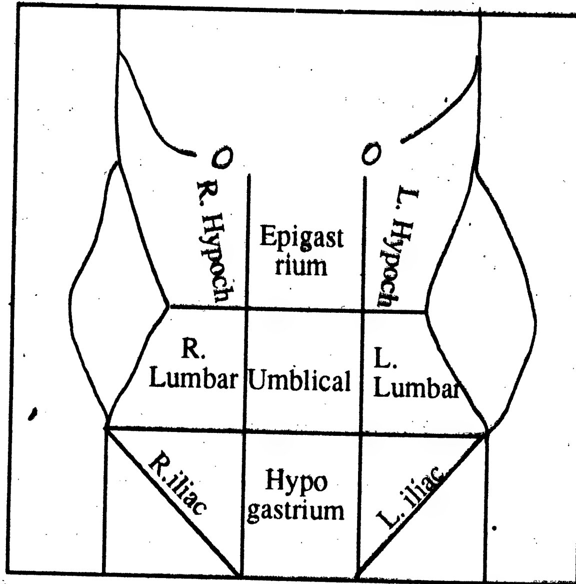
۲- دوخطوط افــقی کـــه یك خط هردو iliaca tubercales بـاهـم وصـل مـی نماید وخط دیکر افقی هردوطرف سرحد سفلی عضاریف ضلعی را وصل مي نماید توسط

این خطوط بطن به ۹ قسمت ذیل تقسیم میگردد.

۱- umblical که در اطراف سره واقع میباشد.

۲- ناحیه Ephgastrium بالاترازناحیه سروی دربین اضلاع موقعیت دارد.

۳- Hypo gastrium پائین ازناحیه سروی وبالا از Smphysis pubica موقعیت دارد.



Abdomenal areas

٤-٥- Right and left- هایپوکاندریوم.

٦-٧- Right and Left iliac درناحیه سفلی وحشی سروی به هردو طرف واقع است.

٨-٩- Right and Left lumber : درطرف راست وچپ ناحیه سروي واقع است.

میتود جس : در وقت جس بطن اول بطرف راست مریض ایستاده ودست ها توسط باهم مالیدن گرم نموده وجس را شروع نماید. اول باید تمام بطن توسط دست به

اهستکی جس نمؤده وبعداً اصل جس را شروع کنید به این ترتیب مریض خوب Relax میگردد. نقطه دیکر مهم اینست که ناحیه ماوفه در آخر جس گردد. توسط جس کتله ، حساسیت (Tenderness) وسپازم معلوم میگردد. (2-1)

Tenderness چاردرجه دارد (2-1)

grade I :- مریض میگوید که باتماس درد موجود است.

grade II :- توسط تماس مریض قواره خود را تغییر داده وعکس العمل توسط تغیر قواره نشان میدهد.

grade III :- زمانیکه ناحیه ماوفه جس میگردد مریض دست هاي خود راحرکت میدهد.

grade IV :- مریض به داکتر اجازه نمیدهد که ناحیه ماوفه را جس نماید.

وضعیت مریض دروقت جس :- مریض باید در بستر بدون بالشت با استجاع ظهري افتیده وپاهای مریض از زانو کمي بحالت قبض ومریض خوب Relax میباشد و راس مریض برای جلو گیری انتان تنفسی بطرف مقابل انحراف داده شود.

جس کتله :- در وقت جس کتله نقاط اتی در نظر گرفته شود(2-1)

۱- Localization

۲- Shape and size

۳- کنار وسطح آن

٤- قوام

٥- تعداد

٦- تحرکیت وحرکت آن باتنفس

۷- آیاکتله داخل بطن ، خارج بطن ویا در جدار بطن موقعیت دراد. براي این منظور به پیشانی مریض دست خود را نهاده وفشاربدهید واز مریض خواهش نماید که سرخود را بلند نماید که بدین وسیله بطن مریض محکم وسخت میگردد اگر کتله خورد

جاي، دوام،ارتباط به فعاليتهاي وظايف وجود، تشديد شدن و يا آرام شدن توسط دوا (دواي كه مريض اخذنموده است) از مريض پرسيده شوند.

علاوه از درد اگر مريض ديگراعراض وشكايات داشته باشندبايد توسط جوابات ذيل در باره هريكي معلومات جمع آوري گردد.

وصف: درد شايد به چند شكل از طرف مريض ارائيه گردد يعني درد شايد سوزنده، تيز، سنكين، شديد، سوراخ كننده يا وصف ضربوي داشته و يا از نظر شدت خفيف، متوسط و يا بصورت تدريجي ظاهر گرديده است.

دوام درد :- پرسش دوام درد ضرور است كه دوام درد ثانيه ها، دقيقه ها، ساعت ها و يا دوامدار موجود ميباشد.

شروع درد :- از كدام وقت مريض ازين تكليف شاكي ميباشد.

موقعيت درد :- موقعيت و جاي درد اهميت كلنيكي داشته كه درد مذكور در ناحيه ناف، صدر و يا پا ها موقعيت دارد. و نيز پرسان شود كه درد جابجا بوده و يا بكرام طرف انتشار دارد.

ارتباط به فعاليت هاي فزيولوژيک

فعاليت هاي روز مره سبب خوب شدن، زيادشدن و يا تشديد آن ميگردد، آيا درد به وضعيت مريض يعني حالت استادن، نشستن، استراحت كردن و فعاليت زياد ارتباط دارديا خير؟ همچنان درد توسط خوردن غذا، دروقت خواب، حالات روحي زياد و يا كم ميگردد.

تاثيرات درد: درد توسط مشكوله گرم يا يخ كم و يا تشديدميگردد.

اگر مريض توسط ديگر داكتران تداوي شده باشد بايد نوع دوا ذكر گرديده و نيز تاثيرات آن ذكر گردد.

ویا ازبین برود داخل بطنی است .

واگر کتله کلان ویا خوب واضح گردد واضح است که خارج بطن است و اکر کتله تغییر نکند واضح است که به جداربطن ارتباط دارد.

اقسام جس

۱- جس سطحی Superficial

۲- جس عمیق Deep palpation

۳- جس دو دستی Bimanual

٤- حبس dipping

۱- جس سطحی - براي تشخیص ، سپازم ، کتله و Tenderness اجرا میگردد درین طریقه جلد بطن توسط دوانگشت گرفته شده وبطرف بالاکش میگردد به اینترتیب Hyperasthesia تعین شده میتواند. اگر کدام حالت التهابی Peritonitis و appandistis موجود باشد مریض درد احساس می نماید.

۲- جس عمیق :- این جس توسط تمام دست اجرا گردیده واز iliacfossa چپ شروع وبه Hypochondrium راست ختم میگردد. در این عملیه باید آرنج بادست موازی باشد. در وقت جس عمیق داکتر در پهلوي مریض نشسته وکف دست به تمامی جدار بطن و انگشت ها از مفصل Metacarpophalangeal بطرف پائین حرکت نماید. برای جس احشاء جامد (Solid) وکتله تنفس عمیق مریض ضروری است که درین وقت توسط حرکت دست به کنار Redial یاوحشی انگشت شهادت کتله یا احشاء مذکور جس میگردد.

اگر در طرف چپ بطن حادثه التهابي موجود باشد ازین طریقه کار نگرفته زیرا که طرف ماوفه باید همیشه در آخر جس گردد.

درحالت موجودیت Koch,s Abdomen توسط جس خمیره مانند (Doughyfeel) احساس میگردد. (2-1)

جس طحال

اناتومي سطحی طحـــال :- طحـــال درقــســـمت علوي طرف چپ بطن در Hypochondrum چپ واقع میباشد در باره طحال این فارمول موجود است 1x3x5x7x9x11 یعنی طحال 1 ضخیم ، 3 وسیع ، 5 طویل و7Ozs وزن دارد وتحت ضلع ۹ تا ۱۱ قرار دارد (2-1)

طریقـــه جس طحـــال :- براي جس طحـــال توسط دست راست از طرف iliecfossa راست جس شروع وبه شکل مایل بطرف Hypochondrium چپ اجرا میگردد. در وقت جس باید مریض تنفس عمیق نموده که به این ترتیب حجاب حاجز پائین شد وطحال نیز بطرف پایان تیله میگردد. برای تعین کمی بزرگ شدن طحال مریض به پهلوی راست دور داده و داکتر دست خودرا تحت اضلاع چپ می نهد واز مریض خواهش میشود که شهیق عمیق را اجرانماید که درین وقت طحال جس میگردد.

اسباب Spleenomegaly قرارذیل اند.

۱- مـــلاریا ۲- kalazar ۳- لوکیمیا(myloid) ٤- محرقه Typhoid
۵- سیروزجگر ٦- مرض Hodgkin ۷- Polycythemia

جس عقدات لمفاوي مسارقی . - این عقدات بالای ۲بر۳ قسمت انسی ان خط جس میگردد که طرف راست iliac spine باسره (ناف) وصل نموده و 2-3cm بطرف چپ. امتداد دارد

جس جگر Liver :-

اناتومي سطحی جگر :- جگردر Hypochondrirm راست موقعیت داشته وسرحد علوي آن در مســـافـــه چارم بین الضلعی یا عـــقب ضلع پنجم درخط Medclavicular موقعیت دارد . سرحد سفلي جگربالای آن خط واقع است که غضروف ضلح نهم راست را باغضروف ضلع هشتم چپ وصل می نماید. این خط خط

متوسط بطن را ازقسمت سره و xyphoid کمی بالا قطع می نماید.

میـــتــــود اول جس جگر :- مریض به استـجـاع ظهری طوری افـتـیـده کـه پاهای آن از زانوقبض وبالشت در زیر راس مریض نباشد. داکتر دست راست خود را بالای بطن مریض نهاده (درطرف راست iliac fossa) به ترتیب که کنار دست به کنار اضلاع وبه کناروحشی عضله Rectus متوجه باشد به مریض گفته میشود که تنفس عمیق را اجرا نماید که درهمین وقت دست خود را بطرف بالا عموداً برده وجگر جس میگردد (درحالات بسیار نادر دراشخاص صحت مند جگر جس شده میتواند) ونقـاط مهم در وقت جس باید یاداشت گردد. (1-2).

مـیـــتــــود دوهم جس جگر :- هردو دست خـــود را تحت اضــــلاح طرف راست نهاده به ترتیب که از کنار عضله Rectus دورباشد. انگشت باید بطرف اضلاع بوده وبه مریض گفته شود که شهیق عمیق را اجرا نماید و درین وقت به انگشت هاي خویش بطرف داخل وبالا فشار دهید درنتیجه سرحد سفلی جگر کلان تیزو منظم جس میگردد ونقاط آن را یاد داشت نماید (1-2)

۱- وصف کنار جگر :- که لشم ، تیز ، منظم ویا ضخیم است.

۲- سطح جگر :- که لشم ویا Nodular است.

۳- Tenderness : حساسیت جگردر حالات ذیل موجود وکلان میباشد.

a- احتقان جگر b- ابسی امیبك c- هیپتایتس انتانی.

٤- نبضان کبد : در عدم کفایه ترای کوسپید کبد نبضانی موجود میباشد.

Murphy,s sign : این علامه در التهاب کیسه صفرا مثبت میباشد.

مـیـــتــــود :- دست خـود را در زیر اضـلاع طرف راست طوری بمانیـد کـه انگشت کلان بالای نوك غضروف ضلع نهم ویا از نظر پراکتیك به کنار اضلاع وبالای زاویه بین عـضله Rectas بیاید. از مریض خواهش گردد که شهیق عمیق اجرا نماید درین وقت انگشت خورد را تحت کنار ضلع تیله نماید.

در وقت شهیق حجاب حاجز پائین اگر التهاب کیسه صفرا موجود باشد (Cholicystis) مریض شهیق خود را توقف می نماید ونشان میدهد که علامه Murphy براي التهاب کیسه صفرا مثبت میبباشد (2-1)

٣- Bimanualpalpation :- این میتود در جس گرده استعمال میگردد ودرجس گرده از آن بحث بعمل خواهد آمد.

٤- میتود جس Dipping :- این میتود در موجودیت حبن (Ascites) استعمال میگردد.

درین میتود دست ها را بالای جدار بطن مانده وآنها را بطرف پائین تیله (Dipping) که درین وقت مایع بی جا شده وانگشت ها بالای احشاء کلان تماس می نماید. که این میتود برای جس احشاء بطنی کلان ومخصوصاً جگر درحین موجودیت مایع در جوف پریتوان استعمال میگردد(2-1)

Spider Naevi :- عبارت از خطوط سرخ بمثل عنکبوت بوده و از توسع arteriol مرکزی که شرائین کوچك از آن جدا گردیده است تشکل شده است. Spider naevi در مرض سیروز جگر تولید شده ودرصدر (بالا از Nipple) ، روی ودرقسمت های ظهری دست وارنج دیده میشود.

جس کیسه صفرا :- موقعیت دست ها درین جس مشابه به جگر میباشد. کیسه صفرا در حالت نارمل جس نمیگردد. کیسه صفرا قابل جس به شکل مدور ویا به شکل کتله کروی میباشد. این کیسه بطرف راست عضله Rectus نزدیك نوك غضروف ضلع نهم جس میگردد. با تنفس حرکت نموده ودر حالات ذیل جس میگردد.

١- درکانسرراس پانقراص

٢- Mucocele کیسه صفرا

٣- Carcinama کیسه صفرا

فرق بین کلیه راست کلان وکیسه صفرا بزرگ درجدول ذیل نشان داده

شده است (2-1)

Right Floating kidney	Destended gallbladder
۱- گرده در وقت ذفیر گم میگردد وبه بسیار سختی پس گرفته شده میتواند ۲- گرده بطرف پائین بطرف حوصله تیله شده میتواند وحتی توسط شهیق قوی در این موقعیت نکاهداشته میشود. ۳- به میتود دو دستی (Bimanual) جس میگردد.	۱- کیسه صفرا کلان از جدار بطن موقتاً بطرف خلف تیله شده میتواند لیکن همیشه جای خود را پس اشغال می نماید. ۲- کیسه صفرا کلان ماده دوهم گرده راتعقیب کرده نمیتواند. ۳- به میتود دودستی جس شده نمیتواند.

فرق بین طحال کلان وکلیه کلان چپ : درجدول ذیل نشان داده شده است (۲-۱)

کلیه کلان چپ	طحال کلان
۱- کنار مدور دارد	۱- کنار تیزدارد
۲- Noch موجود نمیباشد	۲- Noch موجودمیباشد
۳- کلیه تنها بطرف پائئین کلان میشود .	۳- طحال بطرف پائین وانسی کلان میشود
٤- به میتود دو دستی Bimanual جس میگردد	٤- به میتود دو دستي جس نمیگردد
٥- انگشت ها در بین کتلات قابل جس وکنار اضلاع داخل شده میتواند	٥- انگشت ها دربین کتلات قابل جس وکنار اضلاع داخل شده نمیتواند
٦- درقدام کلیه Resonance موجود میباشد	درقدام طحال Dullness موجود میباشد

قـــــرع PERCUSSION

توسط قرع مایع وگاز درجوف پریتوان تشخیص میگردد. درسیستم هضمي اگر گاز تجمع نماید توسط قـرع آواز Tympanic شنیده میشود، درموجودیت مایع آواز Dullness واگرمایع کم باشد Fluid thrill و Shifting dullness موجود میباشد.

Fluid Thrill :- (2-1)

مریض به استجاع ظهري طوری افتیده که پای آن از زانو قات شده باشد داکتر کف یك دست خود را در مقـابل طرف Flank مریض می نهد وتوسط یك انگشت دست دیگر در Flank طرف خود ضربه وارد مي نماید که در طرف دست جس کننده یك احساس بمیان می آید که این احساس توسط جلد وشحم نیز انتقال شده میتواند. براي تشخیص تفریقی شخص سوم کنار انسی دست خویش بصورت عمودی در قسمت متوسط بطن نهاده اگر بازهم Thrill موجود باشد دلالت به موجودیت مایع می نماید زیرا که انتقال توسط جلد وشحم ازبین میرود (1-2)

Cystic thrill :- تشخیص تفریقی دربین پندیدگی cystic وجامد قرار ذیل صورت میگرد.

میتود :- بالای پندیدگی سه انگشت خود را (انگشت شهادت، متوسط وانگشت Ring) نهاده طوری که یکي از دیگر دورباشند.

انگشتان index و Ring بالای جلد باید اتصال صمیمی داشته باشد.

حـالا توسط انگشت مـتـوسط دست راست (Plexor) بالای انگشت مـتـوسط دست چپ (Plexometer) ضربه وارد نمائید به ترتیبکه توسط هر ضربه Plexometer به پندیدگي مـربوطه تکرنماید وتوسط Plexor درحین فـاصله های ضـربه هابا پندیدگی تماس نداشتـه باشـد به این ترتیب توسط انگشت های index و Ring یـــك Thrill احـســاس میگردد.

Shifteng duillness :- عبارت از تغییر Dullness است که با تغییر وضعیت مریض بوجود می آید. (1-2)

متود :- مریض به استجاع ظهری افتیده وداکتر از مرکز بطن بطرف Flank قـرع راشـروع

کـرده تاکـه Dullness بوجود بیـاید حـالا مـریض به پهلوی دیگردور داده ودست داکتـر بیـجانیـمگردد. بعـد از انتظار وقتی کـمي دوباره قـرع شروع مـیگردد حـالا درناحیـه Dull مذکور Resonance بمیان می آید موجودیت Shifting dullness نشان میدهد که مایع آزاد در جوف پریتوان موجود میباشد.

Puddle sign :- درین طریقه حتي تا 120ml مایع تعین شده میتواند مریض برای چند دقیقه بروی خوابیده وبعداً وضعیت Hand and Knee را اختیار کرده و داکتر تـوسـط Stathescope قسمت سفلی او یزان شده بطن را اصغا مي نماید ونزدیك Flank مکرراً توسط انگشت ضربه وارد میگردد وستاتسکوب به آهستگی بطرف مقابل برده میشود درین وقت اگر درشدت ووصف اواز قرع تغییر فاحش رونماگردد گفته میشود که علامه فوق مثبت است. براي متیقین شدن بهتر ستاتسکوب را دوباره در قسمت سفلی اویزان شده بطن بگذارید ودر Fank توسط انگشت ضربه را وارد نماید حالا ستاتسکوب را درجای مانده شده نگاه داشته ومریض را بوضعیت نشسته بیارید وضربه تکراراً وارد نموده که این دفعه نظر به مقایسه اول آواز بلند تر وواضح ترشنیده میشود (2-1).

اسباب حبن Ascites :-

١- TB Peritonitis

٢- Perite nitis خبیثه

٣- Cirrhosis جگر

٤- انسداد ورید اجوف سفلی

٥- انسداد ورید طحالی و یابابی

Obstruction of Splenic or Portalvein

٦- Censtrictive Prericarditis

٧- CHF

٨- Nephrotic Syndrom

٩- Hypo prtoien emia

١٠- (Wet) Beriber

۱۱- Chylus Ascites
۱۲- Budd-Chairi Syndrom
۱۳- اذیمای عمومی (Anasarca)
۱٤- Meig,s syndom در زن ها درین سندروم تمور تخمدان حبن و Hydrothorax موجود میباشد. (2-1)

تشخیص تفریقی بین حبن وکیست تخمدان

Ovarian Cyst	Ascites
۱- Bulging قدامي وخلفی میباشد	۱- Bulging عموماً جنبی میباشد
۲- Dullness مرکزی میباشد	۲- Dullness در Flank میباشد
۳- Shitting dullness موجود نمیباشد	۳- Shifting dullness موجود میباشد
٤- سره (ناف) بطرف بالا میبباشد	٤- سره (ناف) برآمده میباشد
٥- سره (ناف) عمودی میگردد	٥- سره (ناف)کمی افقی میگردد
٦- اندازه بالا نظر به اندازه پائین بطنی کم میباشد(2)	٦- احاطه بطن درقسمت سره (ناف) نظربه حصه پائین زیاد میباشد

اصغا Auscultation

ستاتسکوب را ببالای بطن مانده وآوازهای استداري که بنام **Bourborygmi** یاد میگردد شنیده میشود. این آوازها در انسداد امعاء واسهال اضافه میگردد.
اگر در ظرف سه دقیقه درقسمت های مختلف بطن کدام آواز شنیده نشود دلالت به

Paralyticilleus می نماید (2)

MEASURMENTS

سه قسم measurment بطن موجود است (1-2)

۱- افقی measurment (اندازه افقی) :- درحذای سره وپائین ازان اندازه میگردد. در Cyst تخمدان اندازه قسمت سفلی بطن نظر به ناحیه سروي زیاد میباشد. درموجودیت حبن محیط ناحیه سروی نظر به قسمت سفلی زیاد میباشد.

۲- اندازه عمودی :- این اندازه درخط متوسط از Xyphoid procesus تابه Symphysis pubica اندازه میگردد.

در Cyst تخمدان سره (ناف) بالا رفته وفاصله های Procesus xyphoidus تا سره وازسره تا Symphysis Pubica باهم مساوی میگردد. در موجودیت حبن umblecal ptosis بمیان آمده وفاصله Proc-xyphoidus وسره نظربه فاصله سره و symysis Pubica زیاد میگردد.

اندازه مایل بطن

این اندازه عبارت از فاصله سره تاشوك قدامي حرقفی میباشد. در Cyst تخمدان وابسی appendix اندازه مایل ناخیله مربوط اضافه میگردد.

RECTAL EXAMINATION

مریض را بوضعیت Semi Prone آماده نموده ودرموجودیت روشنایی کافی ناحیه مقعدی تفتیش میگردد.

یك انگشت دستکش را توسط مایع لشم کننده چرب نموده وبعداً به آهستگی داخل کانال می نمایم. درین وقت کوشش میشود که نیو پلازم ، قرحه کتلات ترومبوزی جسم اجنبی وبزرگ شدن پروستات راجس نمایم.بعد از خارج نمودن انگشت موجودیت خون قیح ومخاط باید درنظرباشد. (2)

تاریخچه گذشته (Past history)

در تاریخچه سابقه باید تمام امراض ، عملیات ها ، تعداد بستر شدن در شفاخانه ها مفصلا" ذکرگردد ، مثلا" تب روماتیزم Rheumatic fever در زمان بچه گي سبب عدم کفایه احتقاقي قلب (C.H.F)در عمر متوسط یا در مرحله آخر عمرمیگردد ، که درین حالت علت اصلي مریضي قلبي تحت روماتیزم که در بچه گي گذشتانده میباشد(۲)

در تاریخچه گذشته یاد آوري از امراض طفلي نیز میگردد (اگر مریضي حالیه بمثل مریضي طفلي و یا بقایاي امراض طفلي میباشد قابل اهمیت است.)

تازیخچه فامیلي (Family History):-

چون که بعضي امراض به شکل ارثي یا ولادي از والدین به اولادانتقال میابد ازین سبب است که ذکر تاریخچه فامیلي اهمیت کلنیکي دارد . درین تاریخچه پرسان میگرددکه در فامیل مریض پدر کلان، پدر، مادر، برادر ها ، خواهر ها این قسم مریضي وجود دارد و یا خیر . بطور مثال مریضي شکر، هیموفیلیاHeamophilea که واقعات آنها در یك فامیل نظربه فامیل دیگر زیاد اهمیت دارند .

تاریخچه اجتماعي (Social history):-

در عصر حاضر یك قسمت زیاد پرکتس داکتران مریضي اجتماعي و وظیفوي (روحي، جنسي) را تشکیل میدهد . علاوه ازین دوام امراض عضوي ارتباط مستقیم به محیط و تشوش روحي دارد . ازین لحاظ براي جمع آوري این قسم معلومات ارتباط صمیمي داکتر و مریض ضرور میباشد یعني داکتر باید تشوشات روحي ، میلان جنسي، مزاج، خوي خوب، خوي بد و علاقه با محیط و وظیفه براي خود آشکار سازد .

عادات Habits :-

تحت این عنوان باید داکتر عادات مریض با چشیدن سگرت، خواب،

تشخیص تفرقی دربین قرحات معده واثناعشر (2-1)

Factors	قرحه اثنا عشر	قرحه معده
۱- درد شروع درد	2-4 ساعت بعد از خوردن غذا	15-30 دقیقه بعداز خوردن غذا
۲- ناحیه	اپیگستریك (نصف طرف راست یاHypochandrium راست)	درقسمت متوسط اپیگستریك
۳- انتشاربه پشت	نادر است	عمومیت دارد
٤- ارتباط به غذا (شیر)	درد راکم میسازد	درد را زیاد میسازد
٥- ph معده	اسید زیاد میباشد	اسید نارمل میباشد

فصل هفتم
شکایات عمده ومعاینه فزیکي
مریضان کبدی وصفراوی

درد: عرض عمده مریضان کیسه صفرا درد کولیکی میباشد که درقسمت علوي بطن درناحیه اپیگستریك ویا Hypochandrium راست شروع میگردد. دردهای کولیکی بسیار شدید بوده که سبب نا آرامی مریض ، خسافت ، عرق واستفراق میگردد.
شروع درد به شکل آني ودروقت کم بدرجه اعظمی خود میرسد. درد توسط analgisic قوي ازبین رفته وبه مثل کولیك معای به شکل **periodic** بمیان مي آید.
تاریخچه سابقه درد حملوي موجود میباشد (2-4)
درمعاینه فزیکی Hypochandrium راست حساس ودارای Rigidity میباشد در وقت شهیق درد اضافه میگردد که بنام morphysign (درجس کیسه صفرا ذکر گردیده است) یاد میشود. بعضی وقت کیسه صفرا قابل جس بوده باتب ، لرزه ، درد وزردی توام میباشد بعضی وقت با کولیك صفراوی زردی عمیق موجود بوده که دلالت به بندش قنات عمومی صفراوی مي نماید.
زردی :- از ازدیاد بیلروبین درمایعات خارج الحجروی بمیان مي آید وعلامه معمول ومهم امراض جگر ، طرق صفراوی و Hemolysis میباشد Hyperbilirobenemia از سبب ازدیاد تولید بلیروبین (Hemolysis) تنقیص افراغ بیلروبین درصفرا.
(امراض طرق صفراوی) بوجود مي آید.
اندازه نورمال بیلروبین در خون تا 1mg% میباشد وزردی کلینکي وقتی ظاهر میگردد که اندازه بیلروبین درپلازما 2-2.5mg% برسد زردی که از اگیاد بیلروبین Congugated بمیان مي آید با ادرار تیره (Dark) توام میباشد زیرا که این قسم بیلروبین در آب منحل ودر ادرار اطراح میگردد. ازطرف دیگر Noncongugated بیلروبین درشحم منحل وبا پروتین متحد بوده ودر ادرار اطراح نمیگردد(2)
براي تثبیت سریري زردی Sclera چشم وجلد تفتیش گردیده که در زردی Sclera چشم وجلد زرد میباشد. خسافت Sclera چشم ازسبب انیمیا بوجود آمده و Hemolysis ودیگر اسباب اینمیا جستجو گردد.
لاغری زیاد در امراض کانسري ویادر سیروز کبد دیده میشود. کسانیکه به الکول عادت دارند به سیروز مصاب گردیده وعلایم سیروز بمثل بزرگ شدن ثدیه اتروفی خصیه، کم شدن

موي های عانه وابطی ، ذوب شدن عضلات بمیان می اید که این علایم باید جستجو گردد.
درجلد علایم Echymosis و purpura از سبب فقدان پروترومبین و تنقیص صفحات دمویه دیده شده میتواند.

موجدیت Spidernevi و Pulmar Erythema به امراض حادو مزمن کبد دلالت می نماید. موجودیت چند عدد Spidernevi درمردها مرضی بوده وباید معاینات مکمل کبدی اجرا گردد اما درزمان حمل موجودیت این علامه مرضی نیست.

در اشخاص که مصاب Cholestasis است علایم خاریدن جلد ، Clubbing انگشتان و Xanthoma دریافت شده میتواند.

درنزد اشخاص که به امراض کبدی مصاب اند تشوشات هوش وذکاوت داشته وموجودیت امراض عصبی در آنها اولا رد گردد.

موجودیت Flapping Tremor آثار Ence phalopathy وکومای کبدی رانشان مید هد (2)

اگر با معاینه بطنی حبن تثبیت گردد ومترافق با آن اورده متوسع سره باشد دلالت به موجودیت سیروزمی نماید. اگر بامعاینه فزیکي کبد بزرگ Nodolar وسخت جس گردد ، کانسریا Hepatoma کبد ویا کانسر های متاستاتیك کبد را وانمود میسازد.

درعدم کفایه قلب راست کبد احتقاني شده با جس کنار سفلی کبد حساس میشود.

اگر کیسه صفرا قابل جس باشد دلالت به انسداد طرق صفراوی خارجکبدی مي نماید.

اگر طحال وجگر قابل جس دلالت به Portal Hyper tension وسیروکبدی می نماید. بعضاً بالاي آورده متوسع بطن (Caputmedosa) درقسمت سره یك آواز مخصوص بنام venus Hum شنیده میشود که فرط فشار ورید باب را وانمود میسازد. بعضاً در کانسرهای جگر یك Bruit بالای جگر شنیده شده میتواند. موجودیت Friction Rub بالای کبد دلیل قوي برای امراض Neoplaslic کبد ، ابسی کبدی وندرتاً برای Hepatoma وکانسر متاستاتیك کبد شمرده میشود. در کانسر راس پانقراص کیسه صفرا به شکل یك توپ جس گردیده که بنام Hydrops of gall bladder یاد میگردد. جس جگر وکیسه صفرا قبلاً ذکر گردیده است.

یرقان Juindice=Icter

دریرقان از نظر کلینك غشاي مخاطی وجلد زرد معلوم گردیده وزمانی بوجود مي آید که سویه بیلروبین در پلازما به 50 مایکرون دریك لیتر (3mg/dI) برسد اگر سویه بلیروبین کمي بلند گردد زردی خفیف بوجود می آید. از نظر پتالوژی زردی سه نوع است (2-4)

۱- Hemlytic Jundice

۲- Cholestatic or Obstructive Juindic

۳- Hepatocellular Juindice

۱- Hemlytic Jundice

زمانیکه تخریب حجرات سرخ زیاد گردد از سبب تولید زیاد بلیروبین زردي بمیان مي آید. میدانیم که جگر سالم شش چند بلیروبین را اطراح نموده وزردی تولید نمیشود. لیکن اگر از مقدار فوق اندازه بیلروبین بلند شود جگر قدرت اخذو اطراح آنرا نداشته ودر نتیجه بلیروبین غیر مستقیم در پلازما بلند رفته وزردی بمیان می آید زردی همولیز به اندازه کم لیکن در امراض جگر واطفال نوزاد (میخانیکیت ترانسپورت بیلروبین خام میباشد) زردی به شکل برجسته میباشد. همولیزکرویات سرخ از سبب Defect داخل کرویات سرخ ویا از فکتورهای Extracorpuscular بمیان مي آید.

در زردی انیمیای Hemolytic بلیروبین غیر متقیم سیروم معمولاً از ۱۰۰ مایکرون مول (6mgd) کم ودر ادرار بلیروبین موجود نمیباشد اطراح زیاد بلیروبین به سیستم هضمي سبب ازدیاد Sterco billinogen و Stercobillin در مواد غایطه میگردد که درنتیجه یك قسمت این مواد آخری از طرف سیستم هضمي جذب واز طریق ادرار urobillinogen زیاد اطراح گردیده ورنگ ادرار نظر به موجودیت urobillin زرد میگرددهمچنان مواد غایطه درعدم موجودیت انسداد سیستم صفراوی زرد ورنگ سیاه Dark colour را بخود میگرد. مریض از سبب اینمیا خاسف وطحال از سبب فعالیت زیاد سیستم Reteculo endo Thelial معمولاً کلان میشود.

درمعاینات لابراتوری Anemia ، Riticulocytosis ، Hyper billirobinemia موجود ودیگر تست های کبدی نورمال میباشد.

۲- Hepatocillular Juindice

این قسم زردی از سبب ماوف شدن حجرات کبدی تولید گردیده یعني درین حالت توسط حجرات کبدی اخذ بیلروبین غیر مستقیم ، Cunjugation وترانسپورت آن به تشوش

مصاب میگردد(4-2)

در زردی Hepatucellular اگر بعد ازمرحله Cunjugation مرحله ترانسپورت بیلروبین به قنات های صفراوی ماوف شده باشد درین حالت هر دو بیلروبین مستقیم وغیر مستقیم در پلازما بلند میرود.

اسباب :- اسباب زردی Hepato cellular قرار ذیل اند:

۱- آفات حاد پرانشیم کبدی بمثل viral hepatitis ، توکسین وغیره

۲- ادویه : معمولاً ادویه سبب این قسم زردی بوده بمثل الکول وغیره

۳- درطفل نوزاد : درکبد اطفال Permature موجودیت نقیصه میتابولیکی ترانسپورت بلیروبین.

لوحه کلینکي : لوحه سریري این نوع زردی به اشکال مختلف که به اسباب ارتباط داشته دیده میشود وزردی از درجه خفیف تا درجه وخیم موجود شده میتواند.

۳- Cholestatic or Obstructive Juindice

این زردی عبارت از عدم کفایه جریان صفراوي میباشد که هرقسمت بین Hepatocyte واثنا عشر بمیان آمده میتواند. زردی به شکل پیش رفته موجود بوده زیرا که بیلروبین مستقیم (Conjogation) به قنات های صفراوی داخل شده نمیتوانډ ونیز کلیرانس داخل شدن بلیروبین غیر مستقیم به حجرات کبدی به عدم کفایه روبرو میباشد (4-2)

اسباب :- اسباب این زردی انسداد قنات های صفراوی کلان یا انسداد قنات های صفراوی کوچك راتشکیل میدهد. اسباب مهم انسداد قنات های صفراوی کلان توسط سنگ ها وکانسر راس پانقراس را تشکیل میدهد. هم چنان کانسر Bileduct ، Stricture قنات صفراوی ، آفات Ampulla of water (کانسر) وغیره سبب انسداد طرق صفراوی میگردد.(4-2)

اسباب انسداد قنات های خورد صفراوی عبارت از دواها (الکول) ، -Chronic activehepatitis, Viralhepatitis - سیروز کبدی وحاملگی میباشد. از طرف دیگر زردی Cholestatic بازردی عمیق توسط عملیات های جراحی انتانات وخیم باکتریای ، مرض هوچکن ولمفوما بوجود آمده میتواند.

امراضیکه قنات های خورد بین الفصي جگررا ماوف میسازد عبارت از سیروز صفراوی و

Pericho Langitis Of ulcerativecolitis میباشد. همچنان کارسینوما منتشر ثانوی جگر سبب زردی انسدادی میگردد (2-4)

لوحه کلینکی :- زردی شدید ودوامدار میباشد، جلد زرد، مواد غایطه خاسف وخاکی رنگ میباشد که این رنگ مواد غایطه از سبب عدم موجودیت بلیروبین و

Steaturrhea میباشد، رنگ ادرار تیره از سبب اطراح بیلروبین مستقیم میباشد. بعضی مریض ها anoroxia و metalic tast دردهن خویش دارد . تب ولرزه در

Cholangitis دیده میشود که اکثرا ازبندش سنگ های صفراوی ومداخله انتان بوجود می آید. جس کیسه صفرا کلان انسداد قنات کلان صفراوی توسط کار سینوما راس پانقراس رانشان میدهد . جگر کلان غیر منظم ، به نیوپلازم جگر دلالت میکند در زردی انسدادی دوامدار در جلد آفات XanThomatous (درقسمت ابروی چشم) که از سبب سوء امتصاص امعاء بمیان می آید موجود میباشد ضیاع وزن تمایل نذفی (فقدان Vitk) درد استخوان ها (فقدان Ca و VitD) دیده میشود. درنوع دوامدار این قسم زردی علایم کلینکي عدم کفایه جگر وعلایم کیمیاوي ان بمیان می آید.

Conginital non Hamolytic Hyperbilirobenemiaa

Gillbert syndrom :- عبارت ازیك حالت سلیم است که بار اول دراشخاص جوان شناخته شده است واغلباء از اسباب زیاد بمیان می آید. یابه شکل ارثی از حالت Autosomal Domenant زردي خفیف در آن دیده میشود.

درین سندروم زردی خفیف که به شکل تصادفی ویا بعد از گزراندن Viral hepatitis بمیان می آید . زیادی مریضان هیچ اعراض ندارد.

سبب مهم از دیاد بیلروبین غیر مستقیم عدم موجودیت glucoronyltrans

ferase میباشد ودر بعضی وقت اخذ بیلروبین غیر مستقیم از پلازما خراب بوده که توسط تطبیق 60mg فنیو باربیتل دود فعه در روز فعالیت glucoronyl trans ferase زیاد میگردد که توسط تطبیق این دوا زردی ودیگر اعراض مریض کم میگردد (2-4)

Criglar Najar syndrom :- درین سندروم در Typei آن بشکل مکمل G.Tranferase در جگر موجود نمیباشد . در اطفال از سبب زردی Kernicterus.دیده شده که سبب مرگ طفل در روزهای ابتدا بعد از تولد میگردد وبسیار کم مریضان به عمر کهولت خویش میرسد.

در TypeII انزایم مذکور به شکل قسمی کم بوده وزردی و Kern Icterus به اندازه کم بوده وزیاد تر مریضان به عمر کهولت میرسد. که این را Autisomal Dome nante یاد نموده وبسیار نادر است .

Duben Johnson Syndram :- یك حالت نادر Autosomal Resessive بوده که قابلیت ترانسپورت ایون عضو درآن کم میگردد. یعنی انتقال Billorobin glucoronide به قنات های صفراوی تنقیص مي یابد که در نتیجه بیحالی ، زردی خفیف ، Hyperbiliro binemia به ششکل Conjogated Type II موجود میباشد. در ادرار بیلروبین مثبت ودیگر ایون های عضوي به اندازه کم انتقال میگردد که این ایون عبارت از BSP بوده که برای تشخیص حالت فوق اهمیت زیاد دارد.

توسط بیو پسی جگر در قسمت مرکزی Centro lobular Hepatocyte یك صباغ سیاه تاریك (Dark Pigment) دیده میشود. انذار این مرض خوب است (2)

RIETER Syndram : یك سدزوم نادر بوده که در آن زردی خفیف ، از دیاد بلیرو بین مستقیم و Billirobinuria موجود میباشد.از نظر هستولوژی جگر نارمل وکلیرانس BSP نیز نارمل میباشد. درین سندروم توسط جگر اخذ بلیروبین Poor (بسیارکم) وذخیره آن خراب میباشد لیکن انذار این سندروم فوق العاده خوب میباشد. (2-3)

فصل هشتم

شکایات عمده مریضان سیستم بولی

درد :- درد میتواند به شکل خفیف ، متوسط ویا شدید باشد ویا اینکه به شکل سنگین ، تیز و کولیك احساس میگردد. هم چنان در باره انتشار درد معلومات کسب گردد درد گرده در ناحیه Flank بصورت موضعی موجود وبعضی وخت در سیرطرق بولی (درد حالب) انتشار می نماید. درباره سوزش ادرار توام با درد ودیگر اغراض معلومات حاصل گردد. (2)

Heamaturia :- عبارت از موجودیت خون در ادرار میباشد.

Isolated Heamturia نذف طرق بولی از pelvis گرده تا urethra، این قسم نذف را بوجود مي آورد. درین حالت پروتین یوریا تب و Cast به اندازه کم موجود ویا هیچ موجود نمیباشد اسباب این Hematuria را سنگ های طرق بولي ، تمورها ، TB تر ضیضات والتهاب پروستات تشکیل میدهد (2)

Nephronal Hematuria:- در سیر تمام نفرون (زگلومیرول تا Collectingduct) خون به مایعات توبول ها داخل شده میتواند. موجودیت RBC دلالت به نذف نفرون می نماید. اگر مریض در شروع ادرار خون تازه سرخ را خارج نماید دلالت به آفات احلیل نمودّه وزمانیکه خون در آخر ادرار دیده شود امراض پروستات قسمت مثلثی مثانه واحلیل را وانمود میسازد. هم چنان اگر خون در تمام ادرار دیده شود آفات گرده ، مثانه واحلیل را ارائه مي نماید.

Oliguria :-اگر اندازهٔ ادرار در شخص کاهل از 400ml در ۲٤ ساعته کم گردد بنام Oligurea یاد میگردد (16.6ml دریك ساعت).

Polyruea : عبارت از ازدیاد حجم ادرار است یعنی اگردر کاهل مقدار ادرار از 3 لیتر زیاد گردد بنام Pollyurea یاد میگردد واسباب مهم آن , Diabetes maletus Diabetes insipedus وافات گرده میباشد.(2)

Anuria :- عبارت از عدم موجودیت ادرار است که علت مهم آن احتباس ادرار

است.

Nocturia:- عبارت از ادرار شبانه میباشد. در حالت نارمل در وقت خواب در شب آنقدر ادرار ساخته میشود که از ظرفیت مثانه تجاوز نمیکند. اگر اندازه ادرار درشب از ظرفیت مثانه زیاد گردد سبب Nocturia میگردد.

Dysurea :- عبارت از درد وسوزش ویا ناراحتی دراحلیل در وقت فعل تبول است. بصورت عموم Dysuria بالای هرقسم abnormality فعل تبول اطلاق شده میتواند اسباب مهم آن امراض گرده ، مثانه واحلیل میباشد.

Incontinence تسلسل بول :- عبارت از فعل تبول بدون اختیار است درین حالت مرضی کنترول مثانه از بین رفته وتوسط انتان تشوشات عصبی ویا در تشوشات وظیفوی میخانیکی مثانه بمیان می آید.

Enurisis :- در وقت خواب تبول بی اختیار را میگوید. این حادثه تا ۳ سالگی نارمل و اگر از ۳ سالگی به بعد موجود باشد باید اسباب مرضی آن جستجو گردد. باید ذکر گردد که بعضی وقت تاشش سالگی اطفال Enurisis داشته میباشد.

Frequency :- درین حالت مریض چند دفعه ادرار نموده که مقدار آن شاید زیات (polly urea) ویاکم باشد که این قسم تکلیف اکثرا در امراض بولی ، مرض شکر ، حالات هیجانی ودر دیابت بی مزه دیده میشود (2).

Hesitancy :- مریض احساس تبول را نموده لیکن وقتیکه بخواهد که تبول نماید در شروع آن تکلیف رونما میکردد. یعنی مریض برای یك وقت کمی انتظار کشیده تا که ادرار آن ایله گردد. این عرض در حالات هیجانی در اشخاص عصبی از امراض پروستات بمیان می اید (2).

urgency:- مریض به شکل شدید احساس تبول را نموده که به شکل دوامدار ویا متناوب بوده واکثرا با Frequency توام میباشد. این عرض درامراض پروستات ودر حالت انتانی مثانه دیده میشود.

Dribbling :- درین حالت ازمریض ادرار به وقفه های زیاد ومقدارکم قطره قطره خارج میگردد. این حالت اکثرا در تغییرات ساختمانی احلیل ، در بندش پروستات ودر

تشوشات عصبی دیده میشود (2)

Pyurea :- عبارت ازموجودیت قیح در ادرار است. درین حالت مریض ادرار مکدر می نماید (باید ذکر گردد که تمام ادرار مکدر pyuria نمیباشد) این حالت از انتان هرقسمت سیستم بولی بمیان امده میتواند.

Azotemia :- اندازه کردن Crea tinin و urea سیروم برای Glumerular filtration Rate = GFR یك معیار خوب است این مواد به ترتیب از عضلات وجگر به یك مقدار ثابت ساخته شده واز گلومیرول فلتر و توسط توبول ها جذب میگردد.

در سیروم ازدیاد این مواد (Crea tinin و urea) بنام Azotemia یاد گردیده وتوسط تنقیص GFR بیمان مي آيد (2).

Edema :- اگر اذیما در نواحي دست ها ، در حوافی چشم ها ویا در تمام وجود موجود باشد به امراض گرده فکرشود.

Venerial disease : امراض زهري :

در هرمریض باید سوزاك ، سفلیس ودیگر امراض که گذاشتانده اند جستجو گردد ونیز در مورد شروع مرض وتداوي آن معلومات کسب گردد.

Ischuria :- ادرار بواسطه فشار میخانیکی احلیل ویا مثانه بوجود امده وبنام Ischu ria یاد میگردد.

Lith urea :- خارج شدن سنگ از طرق بولی در ادرار بنام Lith uria یاد میگردد.

Pneu·maturea :- خارج شدن هوا در ادرار بنام Pneumaturia یاد میشود وهمیشه به فستول های معائی بولی دلالت می نماید. این فستول هادر مثانه احلیل وشاید درحالب ویا حویضه های کلیوی بوجود اید.

کانسرکولون Regional Enteritis یا التهابات ناحیوي امعاء رقیقه وترضیفات سبب تشکل فستول های معایی با مثانه میگردد. آفات ولادی نیز سبب بوجود آمدن فستول های احلیل میگردد.

خوردن،تفریح،دواهاي نرکوتیك و سیداتیف را شرح نمایند . یعني اگرمریض سگرت مي چشد مقدار روزمره آن و دوام چشیدن آن پرسان شوند .

تاریخچه وظیفوي (Occupational History):-

میدانم که بعضي امراض در مردماني دیده میشود که به شغل و وظیفه آنها ارتباط دارند بطور مثال نوموکونوزس از تنفس دوامدار سلیکان در اشخاص که در معادن سلیکان کار میکند دیده میشود ونیز تسمم سرب در رنگمال ها و اشخاصیکه بطري را میسازد یده میشود .

تاریخچه عروسي (Marital History):-

درین تاریخچه از صحت شوهر و خانم ، مطابقت جنسي، همکاري شوهر و خانم یکي بدیگر،تعداد اولاد و صحت آنهاپرسان شوند .

Personal Histoy:-

درین قسمت در باره اشیاي سوال گردد که به خود شخص مریض ارتباط داشته باشند . مثلا" در باره حالت مدني،شغل مریض، ساعات کار،نظم غذایي،عادت بد خاینات و دیگر اشیا سوال کرده شوند .

تاریخچه دوا Drug History:-

درین قسمت راجع به دواهاي که مریض تا فعلا" اخذ نموده و همچنان از حساسیت مقابل دوا بصورت دقیق استجواب گردد .

Review of systems Routinquastion

درین قسمت از مریض در مورد از اعضاي و سیستم هاي مختلف به ترتیب بصورت مفصل استجواب اخذ گردیده و اعراض غیر نارمل یاد داشت گردد (۲)

سر Head: راجع به سر دردي، موقعیت درد ، سر چرخي و غیره سوال شود .

تظاهرات سستمیک در مریضان سستم بولی

اعراض سیستمیك در مریضان سیستم بولی عبارت از تب ، ضیاع وزن وخستگی میباشد. درالتهابات حاد مثانه تب خفیف بوده ویا اینکه تب وجود ندارد اما در مریضان acute pyelone phritis والتهاب پروستات درجه حرارت به 40 درجه سانتی گراد میرسد واکثراً توام با لرزه میباشد. هم چنان در py elo nephritis مزمن تب نیز موجود میباشد ضیاع وزن در مصابین عدم کفایه کلیوی که از باعث انسداد یا انتان بوجود امده باشد به مشاهده میرسد. خستگی عمومی میتواند در سرطانها و Pyelonephritis مزمن وعدم کفایه مزمن کلیه بمشاهده میرسد. (8-9)

تظاهرات معدی معای مریضان مصاب امراض کلیوی وحالبی شامل دلبدی ، استفراق قرحه دهن ، التهاب غده نکفیه در uremia پیش رفته میباشد. علت آن را تبدیل شدن یوریا به امونیا در موجودیت باکتریهای دهن میباشد.

بی اشتهایی دلبدی Heccup واستفراق اعراض مهم uremia میباشد در قسمت جهاز هضمی تخریبات کوچك سبب نذف شده میتواند. اسهال خوندار از جمله اعراض وخیم امراض کلیوی میباشد (از سبب تخریب کلیوی وبلند بودن یوریمیا).

همچنان در Acut.G.Nephritis و Ch.G.N نیز فرط فشار خون دیده میشود. در فرط فشار خون کلیوی ضخامه بطین چپ بمیان آمده وسب عدم کفایه قلب چپ میگردد. هم چنان عدم کفایه قلب از سبب uremia نیز بمیان آمده که انذار خراب دارد هم چنان uremicpericarditis از عدم کفایه کلیه بمیان می اید که درین صورت اعراض وعلایم Pericarditisتثبیت میگردد (8-9)

درمریضان مصاب امراض کلیوی اذیما در قسمت های وصفی عضویت تشکیل میشود در صفحه ابتدایی در انساج حجروی سست مثلاً در تحت اجفان ، ناحیه تناسلی وخصیه ها وبعداً در اطراف سفلي مخصوصاً در مریضان که متحرك باشد ودر ناحیه عجزی قطنی در مریضان که محکوم به بستر اند اذیما به وجود می اید.

اذیمای کتلوي در مریضان نفرو تیك سندروم glomer olonephritis حاد ومزمن بوجود

میاید. درموجودیت Hypoxiemia سیستم Rinin angiotensin Aldosteron فعال شده سبب فرط فشار خون وجذب دوباره اب ونمك شده وسبب اذیمای وجود وحجم مایع وجود را بلند میبرد(9-8).

وجه مریضان کلیوی اکثرا خاسف بوده از اثر uremia خاك الود معلوم شده که بنام Dustkyface یاد میشود. جلد مریضان uremic تمایل زیاد به hemorrhage دارد ونقاط نذفی شاید درجلد دیده شود در مریضان uremic درنواحی غدوات عرقیه (ابط) وسایر جلد یك نوع کرستل های سفید رنگ خاکی که اصلاً کرستل های urate است به مشاهده میرسد که این کرستل های سفید رنگ بنام uremic frost یاد میکردد.

خارش جلد یك عرض غیر ثابت بوده که علت عمده انرا تجمع ca درجلد وتخریش سطحی وخشکي جلد تشکیل میدهد.

درمریضان کلیوی تشوشات عصبی مانند سروردی ، رعشه ، اختلاجات و coma دیده شده میتواند.

معاینات فزیکی گرده ها

اناتومی سطحی گرده ها :- گرده ها درنواحی lumber موقعیت دارند.

گرده (کلیه) راست :- درپشت دوخط موازی را رسم نموده که یك خط بالای فقره یازده وخط دیگر یك انچ بالاتر از Cristailaca رسم مي نمایم همچنان دوخط عمودی که این دوخط موازي را قطع نماید نیز طوری رسم می نمایم که یك خط یك انچ وحشی تر از ستون فقرات وخط دیگر دو انچ وحشی تر از ین خط اولی رسم نموده که به این ترتیب یك چارضلعی حاصل شده که دوانچ وسعت داشته واز فقره یازده تا فاصله یك انچ بالاتر از Cristaillaca امتداد دارد.

وگرده راست درین چارضلعی قرار دارد.

گرده چپ :- گرده چپ از گرده راست نیم انچ بالا بطرف چپ قرار دارد فورمول ابعاد گرده عبارت از 1x2x4 میباشد یعنی گرده 1 ضخامت ، 2 وسعت و4 طول دارد.

جس :- گرده توسط میتود دو دستی (Bimanuals) جس میگردد مریض به

استجاع ظهری طوری افتیده که زانوهای آن قات وبالشت درتحت سرش موجود نباشد. یك دست درپشت درحذایی ضلع اخر ودیگر دست درقدام در تحت کنار ضلع مانده میشود دست خلف به قدام و دست قدام به خلف وداخل جدار بطن را تیله می نماید ومریض درین وقت شهق عمیق می نماید که درین وقت داکتر کوشش می نماید تا گرده جس گردد اگر گرده کلان شده باشد در مابین هردو دست جس میگردد.

اگر مریض بسیار چاق نباشد در حالت نارمل قطب سفلي گرده راست جس شده میتواند (1-2) Morphy,s renal punch :- مریض در بستر طوری می نشیند که پشت مریض به داکتر متوجه باشد حالاتو سط انکشت کلان در زاویه کلیوی (زاویه که بین ستون فقرات وضلع اخر موجود است) یك ضربه انی (Punch) وارد میگردد اگر Tenderness موجود باشد Mouphy,s Renal punch مثبت است یعنی مریض درد شدید را احساس نموده و Punch مثبت این معنی را میدهد که در محیط گرده Hydronephrosis, Absces ویاکدام آفت التهابی دیگر موجود است (1-2).

معاینات لابراتواری و Instromental مریضان کلیوی

حجم ادرار :- درحالت نارمل ومحیط گرم حجم ادرار 800-2500 ملی لیتر در 24 ساعت میرسد وقدرت غلظت کلیوی ادرار محدود میباشد. در وقت خوردن رژیم غذای نارمل براي اطراح مواد جامد وفضله (یوریا-الکترولایت) 500ml/24h ادرار کفایت میکند.

اگر درغذا کاربوهایدریت وشحم زیاد وپروتین کم ونمك کم باشند برای اطراح مواد فاضله در 24 ساعت250ml ادرار تکافومی نماید.

درحالت oliguria اندازه ادرار تنقیص یافته وبرای اطراح مواد فاضله وثابت نگاه داشتن محیط ادرار کفایت نمیکند. اگر قدرت تغلیظ ادرار کم گردد ویامواد منحله ادرار زیاد گردد مثلاً در انتانات.وخیم ویا در ترضیضات در روز 3-2 لیتر ادرار نیز کفایت نمیکند.

Oliguria زمان بمیان می اید که Renal blood flow و GFR تنقیص نماید مثلاً در Hypotension عدم کفایه قلبی Acute glomerolonephritis ودیگر امراض

عضوي کلیوی در ین حالات حتی ادرار بطور کلی ازبین رفته و Anuria تاسس می نماید که باید از بندش ادرار فرق گردد که در بندش ادرار مثانه متوسع ودر معاینه فزیکی بطن تشخیص میگردد (2)

Polyuria عبارت از ازدیاد دوامدار ادرار است که از Frequency باید فرق شود که درین حالت دفعات ادرار زیاد ومقدار ادرار هردفعه کم میباشد میخانیکیت های اساسی Ployuria قرارذیل اند.

۱- مقدار مواد منحله اطراحیه در ادرار زیاد بوده که سبب مانع جذب دوباره مایع درنفرون میگردد(2)

۲- تنقیص قدرت تغلیظ ادرار که یك مقدار زیاد مایع برای اطراح مواد منحله بکار میباشد Polyuria درحالات کلینکی ذیل به مشاهده میرسد.

Diabetus insipidus -b Diabetus maletus -a

d- دروقت ازبین رفتن اذیما وبعضی امراض گرده ها uremia -c

کثافت مخصوصه ادرار :- درحالت نارمل یوریا وNacl زیاد ترمسؤلیت کثافت مخصوصه ادرار رابه عهده دارد. درموجودیت Diabetusmaletus مقدارزیاد گلوکوز در ادرار اطراح میگردد. کثافت مخصوصه ادرار به اندازه وقسم مواد غذایی ونوشیدن آب ارتباط دارد کثافت مخصوصه نارمل ادرار 1.015 یا 1.025 میباشد (2-4).

PH ادرار :- درحالت نارمل PH ادرار دربین 8-4.3 فرق می نماید اگر PH ادرار از 8 زیاد گردد تقریبا همیشه دلالت به U.T.I می نماید که ارتباط به ساختن امونیا ازیوریا داشته که این تبدلی توسط مکروب ها صورت میگرد. در بعضی امراض اطراح ایون H توسط توبول ها کم میگردد اگر بعد از خوردن آمونیم کلوراید PH ادرار از 5.3 کم نگردد دلالت به Renaltubular acidosis می نماید.

پروتین یوریا Protien uria (2)

اگر درمعاینات روتین ادرار پروتین تثبیت گردد مرضی تلقي میگردد. یك مقدارکم پروتین در ادرار درعدم کفایه قلبی ، امراض مزمن کلیوی ، تب دیده میشود. اگر اطراح پروتین در ادرار

از 3 گرام در روز زیاد گردد همیشه به آفت کلیوی دلالت می نماید. پروتین یوریای کتلوي در Nephrotic syndrom موجود بوده که مقادر زیاد آن البومین میباشد وپروتین های که دارای وزن مالیکول های کلان باشد کم اطراح میگردد در پروتین یوریا Selective پروتین هاي که دارای مالیکول های کلان باشد اطراح نمیگردد در Non Selective Protion uria پروتین های که دارای مالیکول های کلان میباشد به اندازه زیاد اطراح میگردد که درجه Selection (انتخاب) آن ارتباط به اندازه تخریب گلومیرول دارد. (4)

Postural (orthostatic) پوتین یوریا :- در اطفال ، بالغین وبعضی وخت درکاهل ها بدون کدام مریضی کلیوی در ادرار پورتین اخراج شده میتواند. ادراریکه از طرف شب ساخته میشود دارای پروتین نیست ودر ادرار صبحگانه پروتین موجود نمیباشد لیکن در طول روز ویا بعد از فعالیت فزیکی در ادرار پروتین ظاهر میگردد که بنام Postural پروتین یوریا یاد میگردد(4)

Heamturia :- Hematuria همیشه دلالت به امراض وخیم سیستم بولی می نماید وباید سبب ان جستجو گردد. اگر اندازه Heamoturia کم باشد توسط چشم مشاهده نگردیده واگر زیاد باشد رنگ ادرار سرخ روشن یا سرخ نصواری میُباشد. رنگ نصواری سرخ ادرار ارتباط به Acid heamatin داشته که از تخریب Hb بمیان مي آید.

کرویات سرخ در ادرار :- کرویات سرخ در ادرار در حالات ذیل دیده میشود .
Actue glomeroionephritis، انتانی اندو کارد ایتس ، فرط فشار خبیث ، S.L.E ، Polyarteritisnodosa ، TB کلیوی ، کیست های کلیوی امراض نذفی ، احتشاکلیوی ، ترضیض کلیوی ، التهابات کلیوی وتمورها ، هایپر پلازما پروستات یا کانسر وسنگ های طرق بولی (2)

در Membranous یا Minimal lesion کرویات سرخ درادرار بسیار کم ویا هیچ موجود نمیباشد. اگر در شروع ادرار خون موجود باشد ودیکر ادرا پاك باشد وتیره مرضی از مثانه پائین میباشد اکر خون درتمام ادرار مخلوط باشد وتیره مرض درمثانه ویا ازان به بالا میباشد. اگر Hemuturia با Colic Renal توام باشد دلالت به افت کلیه یا حالب مي نماید.

Puscells and Bacteria :- درالتهاب طرق بولی حجرات قیحی دیده شده میتواند اگر U.T.I موجود باشد باید ادرار همیشه به شکل Microscopic معاینه ونیز کلچر گردد وکوشش شود که ادرار توسط کتیتر اخذ نگردد در وقت اخذ نمونه ادرار باید قسمت متوسط جریان ادرار گرفته ودر ظرف دوساعت کلچر گردد .(2)

موجودیت کاست ها Casts در ادرار :- کاست ها عبارت از ساختمام های استوانوی بوده که در توبول های کلیوی توسط Coagolation پروتین ها ساخته میشوند وتحت میکروسکوپ بملا حظه میرسد در کاست هاحجرات RBC اپیتل WBC داخل شده میتواند که بنام RBC cast epithalial cast و WBC cast یاد میگردد.

RBC کاست epithalcast درگلویرولونفرایتس حاد WBC در Pyelonephritis به مشاهده میرسد. در Granular cast حجرات داخل شده Degeneration می نماید وکاست های Epithilial و Grunlar در التهابات توبول ها و Degeneration دیدمیشود.

Hyalincast از تحشرپروتین ها در توبول ها بمیان آمده وعناصر حجروی درآن دیده نمیشود ودر گلو میرو لو نفیراتس مزمن (Chronic glamerolonephritis) دیده میشود.

Broad cast : این کاست را بنام کاست عدم کفایه کلیه نیز یاد می نماید این کاست بصورت وصفی در امراض پیش رفته کلیوی بمشاهده میرسد. این کاست سبب توقف ادرار در توبول های کلیوی برای یك مدت میگرددکه ضخامه وتوسع توبول های کلیوی را بوجود می آورد. (4-6)

معاینه کیمیاوی خون :- ماوف شدن پیش رفته کلیوی سبب تشوش مایعات وجود گردیده ومحصولات متابولیزم که در حالت نارمل در ادرار اطراح میگردد در خون جمع میگردد به مثل Creatinin, urea ، فاسفیت وسلفیت همچنان تعین الکترولایت سیروم ، پروتین و PH اهمیت خاص دارند(4).

Renal Clearance

وظایف گلومیرول توسط کلیرانس کلیوی بخوبی معلوم میگردد که توسط فورمول /C=uxv

p ارائه میگردد که C=clearance و P.u عبارت از غلظت ماده داده شده در پلازما وادرار است و V عبارت ازحجم ادرار فی دقیقه میباشد.
برای کلیرانس کلیوی ماده‌ء به مریض داده میشود که از گلو میرول ها فلتر و از طرف توبول ها جذب دوباره نشده ونیز از طرف توبول ها افراز نگردد. مقدار ماده که توسط گلیومیرول ها اطراح (u.v) میگردد نماینده گی از اندازه GFR رامی نماید.
Poly Saccharide و inulin به ترتیب فوق اطراح وبرای GFR (glumerular Filtration Rate) از آن استفاده میگردد که 120ml/min میباشد.
همچنان درکلینك از کلیرانس Creatinin که تقریباد مشابه inulin میباشد استفاده میشود که درین طریق ادرار ۲۴ ساعته راجمع آوری نموده ودر ان اندازه کریا تین Creatinin تعیین ودر ۲۴ ساعت آخر اندازه Creatinin درخون نیز تعین میگردد.(4)

معاینات رادیولوژیک

Plain Radio graphy :- در رادیو گرافی ساده بطني سنگ Radio opaque ودیگرنقاط تکلسی (Calcifie) دیده شده میتواند مثلاً Nephro Calcinosis اگرسنگ ها از يك سانتي متر کوچکتر باشد شده میتواند که توسط امعاء یا استخوان ها پنهان گردیده و تشخیص نشوند. هم چنان توسط این معاینه حجم گرده ها معلوم شده میتواند.
Excration Urography :- این معاینه توسط زرق مرکبات عضوی ایودار اجرا گردیده که ۱بر ۳ این مواد در ساعت اول ازگلومیرول فلتر میشود. بعد از زرق به وقفه های مختلف وقت فلم ها اخذ میگردد. زمانیکه این مواد به توبول ها میرسد در گرده کثافت رادیو گرافیك ظاهر میگردد که بنام Nephrogram یاد میگردد.
درکاهل ها گرده از ۱۴-۱۱ سانتي متر طول داشته وسرحد ان لشم میباشد. در نفروگرام Pyelonephritis واضح و Abnormality کلیس ها دیده میشود هم چنان کتلات موضعي ، تمورها وبعضی وقت Fetal lubo lationدیده میشود.
در امراض منتشر کلیوی نفرو گرام از سبب تنقیص وظایف کلیوی خفیف وکلیه ها خورد

معلوم میگردد.
در تضیق شریان کلیوی طرف ماوفه مکدر معلوم نمیشود در حالت نارمل درچند دقیقه مواد کثیفه در Calyse ها ، Pelvis وحالب ظاهر گردیده ودر 20 دقیقه اول بصورت واضح ابنارملتی اناتومیك سیستم بولی معلوم میگردد.
معمولاً هرکلیه (4-3) کلیس های خورد داشته که خیال معقر (Cup line خیال بمثل پیاله) رامیدهد.
درکلیس های Clubbed اطراح مواد بصورت آهسته که در انسداد مزمن بمشاهده میرسد میباشد. اگر انسداد شدید باشد ، Pelvis وسیع قشر کلیه نازك ومکدرکلیس ها موجود نمیباشد (Negative Nephrogram) همچنان ابنارملتی کلیس ها به TB کلیه Atrophic pyelonephritis ، وپپلری نکروزس (Pape Liarynecrosis) دلالت می نماید. در TB کلیوي کهف Cavity و Calcification عمومیت دارد (9-6)
اجتماع مواد کشفیه در Pyramid بدون موجودیت سوء شکل کلیس ها دلالت به Medullary Spongy kedney مي نماید.
درامراض Polycystic کلیوی هردو کلیه کلان وکلیس های آن برجسته وبه شکل جال عنکبوت معلوم میگردد. (2)

Retro grade urography یا Pyelography

این معاینه در تشخیص اسباب احتباس وامراض حالب اهمیت دارد.
دروقت Cystos copy درمجرای حالب مواد کشفیه تزریق گردیده ونیز شده میتواند که در قسمت سفلی حالب یك کیتر داخل شده ومواد کشفیه متعاقباً زرق گردد ، بعضی وقت اگر Retrograde urography امکان نداشته ویا انسداد در قسمت علوي حالب باشد درین صورت Percutaneous (Antegrad) Pyelography اجرا میگردد.
Micturating cystogram :- این معاینه در اطفال برای تشخیص انتانات استعمال میگردد لیکن از سبب خطر شعاع به gonads تنها در اطفال اجرا میگردد که ابنار ملتي urogrophic داشته ویا عمرشان از ۳ سال کم باشد. همچنان ابنارملتی

قسمت خروجی مسانه توسط این معاینه واضح میگردد.

Renal arterio graphy :- این معاینه استعمال کم داشته وبرای تشخیص Renal artery stensis (تضیق شریان کلیوی) ، micro aneurysm های داخل کلیوی وبعضی افات دیگر اهمیت زیاد دارد.(2)

Ultrasonography :- این معاینه یك معاینه متمم بوده ودر باره حجم کلیه معلومات کافی میدهد هم چنان درباره تشخیص تفریقی تمورهای جامد، کیست ها و Hydronephrosis معلومات فراوان ارائه می نماید. توسط این معاینه امراض Poly cystic کلیوی به آسانی تشخیص شده میتواند.(6)

Cumputed Tomogrophy :- این معاینه برای تشخیص کتلات انساج خلف پریتوان وگرده ها اهمیت زیادی دارد علاوه براین انتشار تمور های مسانه وپروستات را خوبتر توضیح میدارد

Radionuclide Study :- (2-6)

مواد Radoactive که از طریق زرقی تطبیق میگردد در کلیه هامتمرکز واطراح شده وتوسط کمره های مخصوص تثبیت میگردد. درین طریقه جریان خون کلیوی ، حجم کلیه ، شکل کلیه ، موقعیت ووظیفه آن تمور و Absces تشخیص شده میتواند (2-6)

بیوپسی Biopsy گرده ها

توسط بیوپسی گرده بسیار امراض تشخیص میگردد مخصوصاً glomero lonehritis مطالعه انساج توسط.مکروسکوپ عادی والکتروني اجرا گردیده وتوسط مکروسکوپ Immuno Flures ense معاینه Immuno globolines Camplement و Fibrin صورت میگرد.

باید ذکر گردد که بیوپسی گرده در پروتین یوریا ی که تشخیص نشده باشد اهمیت تشخیصیه دارد.

از طرف دیگر در موجودیت عدم کفایه گرده اگر گرده کلان نشده ومریضی آن نیز تشخیص نشده باشد در تشخیص ان اهمیت زیاد دارد. همچنان در بسیاری دیگر امراض مقام تشخیصیه ارزنده دارد. این معاینه اگر از طرف داکتر تجربه کار اجرا گردد عملیه مصؤن

میباشد بیوپسی گرده در مریضان که دو کلیه داشته وتشوشات نذفی موجود نباشد اجرا گردد واگرها یپر تنشن موجود باشد باید پیش از بیو پسی کنترول گردد

فصـــل نهــم

شکایات مهم ومعاینات فزیکي مریضان خون

اعراض وعلایم درمریضان خون به اشیای ذیل ارتباط دارند

۱- Anemia : عبارت ازکمبود Hb یا RBC ویاکمبود هردو (Hb و RBC). میباشد(2)

Polycy themia : عبارت از ازدیاد حجرات سرخ با ازدیاد Hb میباشد.

۲- Leulkecytosis وتشوشات وظیفوي کرویات سفید.

۳- عدم کفایه Heamostasis

درباره مریضان خون باید بدقت تاریخچه سابقه ، فامیل وادویه اخذ گردیده که زیاد تر امراض خون ارثی واز اخذ دوا ها بوجود مي اید.

میدانیم که در کم خونی هاقدرت انتقال O2 کرویات سرخ به انساج تنقیص یافته واعراض وعلایم که : پیدا میگردد ارتباط به درجه انیمیا ووخامت ان ونیز به میان امده تدریجی و انی ان میباشد(2)

اعراض که مریضان خون از ان شاکي میباشد قراز ذیل اند.

۱- مریضان از ضعفیت عمومي ، کسالت ، عسرت تنفس جهدی Dizzenes ، کمبود دید چشم ، سردردی ، Palpitation و Insomnia شاکي میباشد. همچنان دلبدی ، عسرت تنفس Ting lintg انگشتان و Parasthesia و دراشخاص پیراز Anoxiemia قلبی

چشم Eye: راجع به قوه دید، سیاهي در چشم،دیدن ستاره ها و جرقه ها، موجودیت سوزش در چشم و غیره پرسان شوند .

دهن Mouth: راجع به تکالیف دندان ها ،زبان و بیره سوال شوند .

گلون Throut: راجع به گلون دردي بندش گلون و غیره پرسش شود .

عنق Neck: راجع به شخي گردن ، موجودیت درد در گردن، موجودیت کتلات در آن سوال شوند .

سیستم تنفسي Respiratory system:راجع به سرفه، بلغم، نفس تنگي، درد صدر و غیره پرسش صورت بگیرند .

سیستم قلبي و عاي Çardio Vascular system (C.V.S): از تکان قلب نفس تنگي، دردناحیه قرب القلبي و غیره سوال شود .

سیستم معدي معاي Gastro intéstenal system(G.I.S): راجع به درد بطن و موقعیت آن ، استفراق ، اسهال، قبضیت و غیره سوال شود .

سیستم بولي Urinary system(U.S): از دردناحیه قطني، سوزاك، چرك در ادرار،خون در ادرار و غیره پرسش بعمل آید .

سیستم تناسلي Genital system: راجع به عادت ماهوار، موجودیت افرازات چرکین، ضخامه پروستات و غیره سوال کرده شوند .

نهایات Extrimeties: راجع به درد اطراف، درد مفاصل، پندیدگي و غیره سوال شوند . بصورت عموم راجع به تمام اعضاي عضویت استجواب صورت میگیرد تا اگر کدام پرابلم که از طرف مریض حکایه نشده باشد دریافت گردد .

بسم الله الرحمن الرحيم

فصل اول

تاريخچه طب داخله وظايف و فعاليت طبيب از نظر Deontology

در طب داخله امراض زياد انساني شامل بوده و يك قسمت مهم طبابت علمي را تشكيل مي نمايد .

طب داخله عبارت از علمي است كه از امراض داخلي وجود بحث نموده و با شعبات ديگر طبابت ارتباط مستحكم را دارا ميباشد .

طبيب شهير يوناني بنام هيپوكرات Hipocrate كه در قرن پنجم قبل الميلاد زندگي ميكرد بنام پدر علم داخله شناخته شده است، كه در عصر حاضر بعضي علامات مريضي كه عالم مذكور برايش اشاره نموده در طبابت حايز اهميت ميباشد، بطور نمونه و مثال از چهره هيپوكرات كه در امراض پيشرفته ديده شده و انگشتان هيپوكرات كه در امراض تنفسي و قلبي ديده ميشود ياد آور ميشويم. هيپوكرات در آن وقت براي تشخيص امراض كردار و اعمال مريض را بصورت دقيق تحت مطالعه قرار داده و بصورت سستماتيك از مريض استجواب ميكرد..

همچنان مطالعه اعضاء و سستم هاي مختلف وجود به كمك تفتيش (Inspection) و جس (Palpation) در عرصه طبابت توسط طبيب مذكور داخل گرديد .

در تاريخ طبابت عالم شهير ابو علي ابن سينا (Avicina) مقام بلندي را حايز است، در ياد داشت هاي كه ازين عالم در عرصه طبابت مانده است تا الحال اهميت خاصي را حايز ميباشد(٢)

دردهای Angina موجود ودر انمیا وخیم اعراض وعلایم عدم کفایه احتقان قلب بوجود امده میتواند(2)

بعضی مریضان از سردردی زیاد ، دردهای عظام (دردهای عظم قص) خارشت حادثات نذفی شاکي میباشد. بطور خلاصه گفته میتوانیم که لوحه مهم مریضان Anemia عبارت از Dysphagia, Anoroxia اسهال ، Dyspepsia ، اتروفی ناخن ها Parasthesia ، وزردی متوسط میباشد (2) اعراض عمومی مریضان امراض خون قرار ذیل بیان میکردد (4-6-9)

a- Fever = تب از سبب مرض خون ویا علاوه شدن انتان بصورت ثانوی بوجود می آید مثلا در لوکیمیا ولمفوما مریضان تب داشته وهم درمرض هوچکن چند روز تب موجود بوده وبعداً برای چند روز تب موجود نمیباشد که بنام Pell Ebstain Fever یاد میگردد که درین مرض تب بصورت متناوب تکرار میگردد. در مریضان انیمیاي Hemolytic تب با لرزه توام میباشد.

b- ضعیفی : مریضان انیمیك از ضعیفی وکسالت شکایت داشته که درحین معاینه فزیکي اشکار میگردد. مریضان فقدان Vif B 12 واینمیای خبیث (Pern icious Anemia) از سستي وضعیفی اطراف سفلی مترافق باکرختی Tingling ، Parasthesea انگشت ها شکایت دارند.

c- باختن وزن :- درمریضان لمفوما ولوکیمیا ضیاع وزن موجود بوده. درانتانات مزمن مثلاً TB وامراض سرطانی که باکم خونی توام اند مریضان وزن میبازند.

اعراض خصوصي در مریضان خون (6-9) قرارذیل اند (6)

a- **اعراض سیستم عصبی** : سردردی یك شکایت مهم ومعمول درکم خونی و Polycythemia میباشد هم چنان در لوکیمیا ولمفوما نیز سردردی دیده میشود. از طرف دیگر خون ریزي هاي دماغی بیشتر از سبب Thrombocytopenia باسردردی های شدید وانی مترافق میباشد. علاوتاً خون ریزی های دماغی با تشوش شعور توام میباشد.

b- چشم :- در thrombocytopenia خونریزی شبکوی دیده شده که به

کوری اني منجرمیشود . مریضان مصاب انیمیا و Polycy themia از تشوشات رویت شاكي بوده واگر امراض خبیثه ازواج قحفی را مصاب نماید سبب Diplopia وتشوش رویت را بوجود میاورند.

c- گوش ها :- درمریضان دموی سرگنگسی ، سرچرخی وکم شدن شنوایی دیده میشود.

d- بيني ودهن :- Epistaxis يك عرض عمده ومعمولی در مریضان خون میباشد در مریضان Pernicious Anemia که از فقدان Vit B12 بوجود می آید ودر کم خونی آهن سوزش زبان موجود میباشد. درلوکیمیا خون ریزی در بیره ها دیده میشود.

e- صدر Chest :- مریضان کم خون از عسرت تنفس و Palpitation شاكي میباشد و در انیمیای پیش رفته عدم کفایه احتقان قلب بوجود آمده واذیما در پای دیده میشود در مریضان پیر از سبب anoxiemia قلبي درد هاي Angina بمیان می اید ازسبب عسرت تنفس وسرفه خشك صدا دارمیگردد. درمریضان لوکیمیا از ماوف شدن عظام درد های اضلاع وعظم قص بوجود مي اید.

f- سیستم هضمي :- درمریضان کم خونی fe عسرت بلع بمیان آمده که بنام Plumer vension سندورم یاد میگردد که این سندورم مشتمل به glositis, Dysphagia و Fe-deffeciancyanemia میباشد.

بی اشتهای ، سنگینی بطن درمریضان احتمالاً از باعث ضخامه طحال خواهد بود ودر مریضان انیماي خبیث اسهال دیده میشود. عمده ترین اعراض سیستم هضمي در مریضان خون عبارت از hematemesis و Melana میباشد که در لوکیمیا Thrombocy topenia ودیگر تشوشات خون بملا حظه میرسد.

g- سیستم بولی وتناسلی : Hematuria :- در بسیاری امراض خون بمیان آمده میتواند. در زن ها A-menorhea که بعضاً درمریضان خون شدیدا سیرداشته دیده میشود.

h- نهایات : Hemoarthrosis درمریضان تشوشات نذفی دیده شده که در

مفصل التهاب بااجتماع خون موجود میباشد.

I- جلد : در فقدان انیمیای اهن ازناخن های شکنند وخشك بودن جلد مریضان شاکي میباشد در مریضان polycy themia خارش جلد موجود بوده ودر مرض هوچکن مریضان از خارش شدید جلد شاکي میباشد.

معاینات فزیکی

ازنظر معاینات فزیکي باید Lympho Reticulo Endothilial سیستم(طحال ، جگر ، وعقدات لمفاوی) بدقت معاینه گردیده ونیز جلد وغشای مخاطی وناخن ها بصورت دقیق معاینه ودر باره انیمیا ، انتانات حادثات نذفي معلومات کافی حاصل گردد. هم چنان معاینه مکمل فزیکي در باره دیگر امراض صورت گرفته زیرا که این امراض سبب تشوشات خون شده میتواند. (1-2) غشاي مخاطی جلد و congectiva خاسف وناخن های سرخي نورمال خود را از دست میدهد. اگر مقدار Hb از 7gm در 100ml لیتر خون کم گردد بستر ناخن ها وکف دست ها رنگ گلابي خون را از دست داده وسفید رنگ غشای مخاطي دهن ومنضمه نظر به تغییررنگ جلد در تشخیص انیمیا اهمیت زیاد دارد.

پاپیل های زبان ازبین رفته زبان سرخ ولشم بوده در کنار های لب Craking (angular cheilosis) بملا حظه میرسد (2)

درمعاینه قلبي امراض خون tachy cardia ، سستولیك فشار بلند pulse pressure وسیع ونفخه سستولیك وظیفوي موجود میباشد.

دربعضی مریضان ناخن ها سفید جلا دار ، شکنند وبه مثل قاشق میباشد (انیمیای فقدان آهن). درمعاینه اطراف سفلی درشکل پیش رفته انیمیا اذیما در Ankel موجود وروی بعضی مریضان سرخ وسیانوتیك میباشد.

درمعاینه فزیکی امراض خون باید عقدات لمفاوي ، طحال ، جلد وجگر بدقت معاینه گردیده وعلایم فزیکي یاد داشت گردد که بصورت ذیل میباشد.

۱- معاینه عقدات لمفاوي : براي تشخیص امراض خون باید عقدات لمفاوي نواحی Occipital ، Submandibular ، مقبنی، (Femoral) و poplitial معاینه

گردد اگر عقدات لمفاوی کلان جس گردد باید نقاط ذیل در نظر گرفته شوند . (2-1)

۱- تعداد عقدات لمفاوی.

۲- قطر عقدات لمفاوي به سانتی متر چند است.

۳- قوام عقدات لمفاوی .

٤- عقدات لمفاوي يكي بديگر وصل اند ويا جدا اند.

٥- عقدات لمفاوی متحرك ويا Fixed اند.

٦- Size عقدات لمفاوی چقدر است.

۷- معلومات در باره موجودیت Sinus بالای عقدات لمفاوی و وضعیت جلد بالای عقدات لمفاوی .

۲- معاینه طحال وجگر : درامراض خون طحال وجگر بصورت متبارزز کلان میشود که باید جگر وطحال جس گردد که میتود جس آنها درمعاینه فزیکي بطن مفصلاً ذکر گردیده است.

۳- معاینه جلد : درامراض خون جلد متقرح شده منتن وانذفه مختلف درانُ بوجود آمده میتواند که در جلد نذف قرار ذیل اند(2)

Purpura and Pitichias -a :- عبارت از نذف خورد به شکل سر سنجاق بوده که توسط دادن فشار به سلاید از بین نمیرود .

Echyomsis :- این قسم نذف از نذف Pitichialبزرگ وبرجسته میباشد.

Bruises -c :- این نوع نذف نظر به دوشکل فوق برجسته تر ووسیع میباشد.

Talangectasis :- عبارت از توسع اوعیه خورد در جلد میباشد که مخصوصاً در لب ها دیده میشود Talangectasis توسط فشار ازبین رفته وبعد از برطرف نمودن فشار دوباره پیدا میشود. بعضی وقت سبب ومنبع نذف وسیع درسیستم هضمي ، بینی، مثانه (اگربه افت مصاب گردند) میباشد.

باید ذکر گردد که Infillration جلد دربعضی امراض خبیثه خون (مرض هوچکن) بمیان می آید.

منظره کرویات سرخ در Smear خون (Blood Smear)

برای مطالعه مور فولوژی کرویات سرخ باید سلاید خون بدقت ساخته وتلوین گردد ونقاط آتی درحین معاینه سلاید یاد داشت گردد(2)

۱- Size and shape :- قطر کرویات نارمل سرخ که تحت مکروسکوپ در سلاید اندازه گردیده است از 6.7-7.7 مایکرون (قطر متوسط 7.2 مایکرون) تغیر می نماید. کرویات سرخ اکثرا مدور ولی تعداد کم ان شکل بیضوی را نیز دارد. در حالت نارمل تغییرات کم درقطر RBC رخ میدهد، اگر این تغییرات در قطر RBC زیاد باشد بنام Anisocytosis یاد میگردد (2).

که دراشکال مختلف انیمیا Fibrosis و Infiltration مخ عظم دیده میشود.

Microcytosis :- درین حالت قطر RBC از حالت نارمل کم میباشد ودر فقدان انیمیای اهن ویك تعداد دیگر انیمیا ها دیده میشود.

Macrocytosis :- عبارت از حجرات RBC اند که قطر آن از حد نارمل زیاد باشد این قسم حجرات در انیمیا تنقیص Vit B12 وفولك اسید دیده میشود.

Shape :- عبارت از تغییر شکل حجرات RBC بوده به این معنی که یك تعداد RBC شکل بیضوی داشته ، تعداد دیگر آن شکل ناك Tearshape و بعضی دیگر آن داس مانند Sickle cell میباشد. برای مورفولوژیی RBC شیمای ذیل را مطالعه نماید.

(2-9) Size and Shape

A: Size Microcytic<7.2>Macrocytic

1- Fe difeciancy Anemia 1- vit B12 deffeciancyanemia

2- Sidreo blastic anemia 2- Flice acid diffeciancy anemia

3- Thalasemia

B- Shape (Irondefficiancy Anemia)

pencill shape (Vit B12 deffciancy anemia)

Burr cell (uremia, Carcinoma)

Sickle cell (Sickle cellanemia) Hemoglu bino pathy
Stomato cyto sis (Stamach carcinoma)
Target cell (Liver and spleen diseass)

تلوین :- توسط تلوین RBC نارمل رنك سرخ را بخود اخذ نموده که در قسمت های محیط این رنك سرخ زیاد وهر قدر که به مرکز حجره نزدیك شویم کم رنگ میگردد. که این کمبود رنگ قسمت مرکزی حجره ۱بر۳ قسمت داخل آنرا تشکیل میدهد. که کرویات سرخی که از نظر رنگ اوصاف فوق را داشته باشد بنام Normo chromic یاد میگردد که در حقیقت مقدار HB آن نومال میباشد (2).

Hypochromia :- عبارت از اصطلاحی است که رنگ RBC نظر به نارمل کم میباشد اگر این کمبود رنگ منحصر به قسمت داخلی حجره باشد بنام Hypochromia خفیف یاد شده واگر سرخی به شکل حلقه در قسمت محیط حجره موجود باشد بنام Hypochromia پیش رفته یاد میگردد که این حالت براي کمبود انیمیا آهن وصفی میباشد زیرا که درین انیمیا همیشه مقدار Hb از حد نارمل کم میباشد. همچنان این حالت در Sideroblastic انیمیا و Thalasemia نیز دیده میشود.

RBC هسته دار عبارت از آن شکل حجرات اند که توسط تلوین عادی رنگ سبز خفیف را بخود اخذ نموده وتوسط تلوین Leishmans در وسط حجره نقاط خورد Basophilic (Basophilic Stipling) که بقایای کرومتین هسته میباشد دیده میشود این حجرات از نظر کلنیکی بنام Riticolocytes یاد میگردد، درحالت نورمال در دوران عمومي 0.2 تا 2% میباشد که مقدار زیاد ان ازین اندازه به Hemolyse فعال دلالت می نماید.(2)

سرعت ترسب کرویات سرخ

Erythrocyte Sedementation rate (ESR)

ESR عبارت از سرعت ترسب کرویات سرخ در پلازما میباشد این تست نسبت به تغییرات RBC از سبب تغییرات پلازما متاثر میگردد.

در طریقه Wintrobe عدد نارمل درساعت اول در مردها تا ۵ ملی متر ودرو زن ها تا ۱۵

ملی متر تعیین شده است . ازدیاد زیاد ESR در تمام انتانات وحالات کانسری دیده میشود. وباید یاد اور گردد که ESR نارمل هیچ وقت این معنی را نمیدهد که انتان (TB) غیر فعال میباشد.

وبعضی وقت دیده میشود که ESR نارمل ولی انتان فعال میباشد حالاتیکه دران ESR بلند میگردد

۱- امراض التهابی حاد ومزمن

۲- Anemia

۳- واقعات کانسری

٤- حاملگی

٥- D.L.E

حالاتیکه درآن ESR کم میگردد

۱- C.C.F

۲- Polycythemia

کرویات سفید خون (WBC) White blood cell

کرویات سفید از نظر داشتن گرانول ها در سایتو پلازم خویش بدو گروپ عمده تقسیم گردیده است.(2-9)

۱- کرویات سفید که دارای granules باشد

۲- کرویات سفید که دارای granule نباشد

grannlar leucocyt از نظر شکل هسته بدونوع میباشد

a- پولی مورف نوکلیر لوکوسیت : که هستهء آن دارای گرانول های متعدد بوده وقسمت زیادی حجرات WBCرا تشکیل میدهد.

این قسم حجرات از نظر رنگ گرانول های سایتو پلازم به سه نوع تقسیم شده اند.

۱- Neutrophill ۲- Basophill ۳- Esonophill

b- شکل دوهم کرویات سفید عبارت از Mononucleated لوکوسیت میباشد که دارای یك هسته واحد میباشد.

۲- Nongranular leucocytc :- این حجرات نیز بدونوع میباشد.

a- لمفوسیست هاي کلان که دارای گرانول نبوده وتعداد زیاد این نوع حجرات را تشکیل میدهد.

b- Plasmacell :- که نادراً در دوران محیطی خون بالای سلاید دیده میشود.

صفحات دمویه Plateletes=Thrombocytes

صفحات دمویه دارای شکل مدور یا بیضوي ویا Bicancavedisc میباشد که قطرآن 2,5 مایکرون بوده لیکن قطر صفحات دمویه کلان 5-4 مایکرون ودارای هسته نمیباشد.

تعداد مجموعی نارمل WBC واشکال مختلف آن

تعداد مجموعی WBC از 4000 تا 10000 دریك ملی متر مکعب خون تغییر نموده وتعداد نارمل متوسط آن 8000 دریك ملی متر مکعب خون میباشد.

اگر تعداد مجموعی WBC از حد اعظمي زیاد گردد بنام Leukocytosis واگر تعداد مجموعی WBC از حد اصغری کم گردد بنام Leukopenia یاد میگرددجدول ذیل اندازه مجموعی WBC واشکال مختلف ان را نشان میدهد. (4-3)

Cell حجرات	اندازه متوسط درخون	approximatly normal range Percubic milililittar	Percentate of Total white cells
Total WBC	8000		
Granolocytes	5400-	3000-6000	50-70
Neutrophile		2000-7500	60-70
Esonophile	275-	150-350	1-4
Basophile	35-	0-100	0-4
Lymphocytes	2700-	1500-4000	20-40
Monocytes	540-	300-600	2-8
Erythrocytes	$4.8x10^6$ fe male $5.4x10^6$ male		
Plateletes	300000	200000-500000	
Hb	13.5-18gmale 11.5-16g Female		

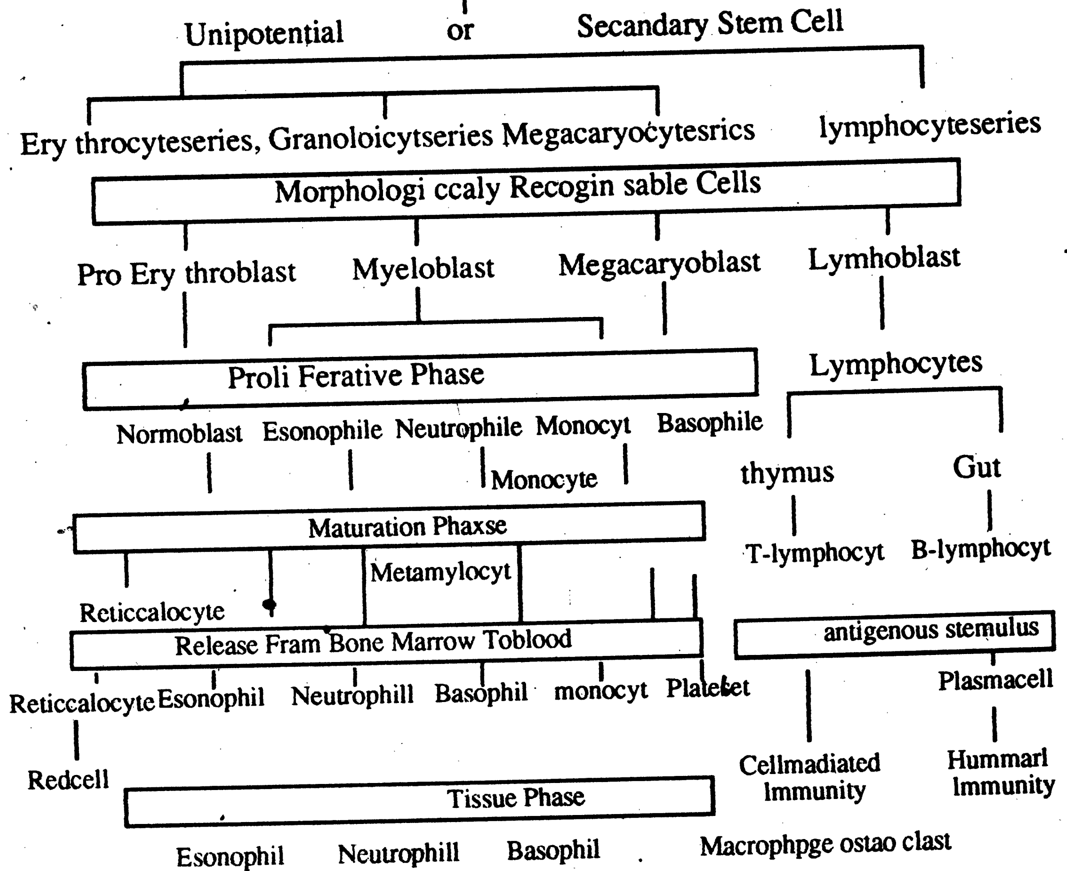
کرویات سفید یا بصورت نسبی بلند میرود ویا اینکه تمام سلسله هاي آن بلند میرود که این ازدیاد WBC در تمام سلسله هاي آن در امراض مزمن نسبت به امراض حاد بیشتر بملا حظه میرسد در امراض حاد از دیاد WBC زیاد تر در سلسله نتروفیل بمشاهده میرسد.

اسباب عمده Neutrophllia

۱- انتانات حاد ۲- Intoxication ۳- خونریزی حاد ٤- امراض غیر انتاني امراض شیراین اکلیلی مثلا احتشاقلب ٥- امراض خبیثه سیستم هضمي وکبد ٦- Hemolysis انی ۷- لوکیمیا (mylocytic لوکیمیا).

ORIGEN AND DEVELOPNENT OF BLOOD CELLS (4.3)

Pleuripotential or Primary Stemcell in Bonemarrow



فصل دوم

معاينات فزيكي

معاينات فزيكي شامل قسمت هاي ذيل ميباشد:

۱-حالت عمومي مريض و تفتيش عمومي (General apearence and general inspection)

۲-علايم حياتي (Vital Signs) مريض.

۳-معاينات سيستمك مريض Systemic Examination .

۱-حالت عمومي مريض(General apearence) و تفتيش عمومي (General inspection): درين قسمت وضعيت عمومي مريض بالاي بستر، آرامي نا آرامي مريض، حالت تغذي، قد و قامت، چاقي و لاغري، خسافت، سيانوتيك بودن، يرقان بودن، گپ زدن، بوي تنفس، درجه حرارت وجود و وضعيت جلد شامل ميباشد كه بايد بدقت معاينه گردد كه ذيلا" مفصلا" تشريح ميگردند(۲) .

تفتيش عمومي بايد در روشني سفيد مصنوعي اجرا گرديده ليكن روشني آفتاب از تمام روشني ها برتري دارد . درين اواخر كشفيات تشوشات Genitic رو به تزايد ميباشد بطور مثال سندروم هاي Marfan، Herler، Down، و Kein Flinter كه در تفتيش عمومي بايد بصورت صحيح جستجو و از نظر دور نماند

آماده ساختن و طريقه معاينه مريض

مريض بايد در وقت معاينه حتي الامكان آرام بوده و ميز معاينه در جاي گذاشته شده باشد كه داكتر در هردو طرف ميز مريض را معاينه كرده بتواند . مريض بايد توسط

Esonophillia :- اگر تعداد ایزونوفیل از حد نارمل زیاد گردد بنام Esonophelia یاد میگردد اسباب عمده آن عبارت از اسباب الرژیك (استمای قصبی وغیره) امراض جلدی (Herpes) ، امراض پرازیتی ، به تعقیب تداوی شعاعی.

Basophillia :- اسباب عمده Basophillia عبارت از لوکیمیای P.vera, ch. mylocytic به تعقیب Splenectomy، در بعضی اشکال Chronic hemolytic Anemia بعضاً درمرض هوچکن ومرض چیچك میباشد.

دربعضی حالات تعداد آن کم میگردد مثلا در Hyperthyroidism ، بعد از تداوی شعاع وتداوی باantibiotic یا Chemotherapy

Lymphocytosis :- اگر تعداد لمفوسیت ها نظر به حد نارمل زیاد گردد بنام Lymphocytosis یاد میگردد اکثرا درامراض مزمن بمشاهده میرسد، اما بعضا در امراض حاد نیز بملاحظه میرسد.

اسباب عمده ان عبارت از انتانات حاد ، انتانات مزمن (TB وسیفلس) ، در دوره نقاهت امراض انتانی ، در فرط فعالیت غده در قیه و lymphocytic Leukemia میباشد.

Monocytosis :- اسباب عمده آن عبارت از انتانات باکتریای (تب محرقه) ، امراض پروتوزوائی (ملاریا) Monocyticleukemia میباشد.

Leukopenia

اسباب عمومي

۱- انتانات باکتریای (محرقه و Paratyphoid)

۲- انتانات ویروسی (انفلوانزا ، سرخکان ، Viral Hepatitis) ۳- افات پروتوزوائی (ملاریاو Kalazar)

٤- Tubercolosis (شکل miliary)

۵- اسباب وافات نامعلوم (سیروزکبد)

٦- تشوشات Hemo poitic (انیمای خبیثه ، Hemolytic انیمیا)

بیوپسی مخ عظم Bone marrow Biopsy

بیو پسی مخ عظم در تتشخیص امراض خون اهمیت به سزای دارد. این بیوپسی توسط یك سوزن مخصوص Needle Aspiration ویا اله مخصوص Trephen (که عملیه آن بنام Trephanobiopsy یاد میگردد) از عظم قص ویا Crista iliaca درکاهل ها اجرا میگردد. در اطفال جوان قسمت علوی Tebia برای اخذ بیوپسی جای محفوظ میباشد در جوان ها Cristailiaca و Vertebralspine برای اخذ بیوپیی استعمال میگردد. اگر توسط Needle biopsy کدام مواد خارج نگردد بنام DryTap یاد گردیده باید توسط عملیه جراحي از Cristaillac بیوپسی براي معاینات هستولوژیکی گرفته شود.

بیوپسی عظام بطور ذیل در تشخیص امراض کمك می نمایند (2).

۱- بیوپسی مخ عظم در باره حجرات Hemopoitic وظرفیت تولید انها معلومات میدهد.

۲- توسط این معاینه فعالیت وظیفوي مخ عظم توسط مطالعات Kinetic تعیین شده میتواند.

۳- این معاینه درباره مورفولوژی حجرات Hemopoitic (نورمال وغیرنورمال) معلومات کافی میدهد.

٤- این معاینه در باره تشخص حجرات خارجی (Malignantmetastasis) درمخ عظم رول عمده را بازی می نماید.

۵- توسط این معاینه اهن ذخیروی مخ عظم معین میگردد.

٦- مواد Needle biopsy مخ عظم در تشخیص بعضی انتانان پروتوزوای وباکتریای کومك می نماید. بطور مثال در لشمانیائی حشوی Kalazar ، Leishmniadonovan bodies ودرملاریا مزمن پرازیت ملاریه درسلاید مستقیم مخ عظم (Riticulum cell) معلوم میگردد.

۷- پرازیت لشمانیا از مواد بدست آمده بیوپسی بصورت مستقیم ویا توسط کلچر باسیل معلوم شده میتواند.

۹- درمحرقه ازمواد بدست آمده بیوپسی باسیل محرقه نظر به خون محیطی به اسانی کلچر شده میتواند.

اندازه هیمو گلوبین واقسام آن

Hb عبارت از صباغ سرخ رنگ است که از Heam (صباغ سرخ رنگ) و Globin (یك پروتین) تشکیل یافته میباشد. توسط Hb اکسیجن به تمام حجرات وجود میرسد. در ترکیب Heam آهن شامل بوده وقسمت گلوبین (Glubin) دارای چار زنجیر Poly peptide بوده که دوزنجیر آن عبارت از زنجیر های (الفا) که از 141 امین اسیدهاودو زنجیر دیگر ان عبارت از β (Beta) بوده که از 146 امین اسید ها ساخته شده میباشد.

Hb نارمل عبارت از HbA (Adult Hb) بوده ودر اطفال نوزاد (Fetal Hb) HbF دیده میشود که از Hb نارمل فرق دارد. به ترتیبکه عوض دو زنجیر Beta دارای دو زنجیر gama (گاما) میباشد. HbF بعد از تولد در حالت نارمل به HbA تبدیل میگردد HbA2 درتعداد کمي مردم (2-3%) ببملا حظه رسیده که درین مردم به عوض دو زنجیر Beta دوزنجیر Delta موجود میباشد. (2-6).

اندازه Hb درمرد ها 15.5±1g (16-14 گرام در 100 ملی لیتر خون) ودرزن ها (-12 14g/100ml) 13.7±1g میباشد.

اشکال دیگر غیرنارمل Hb عبارت از HbC ، HbD ، HbE، HbK ، HbJ ، HbP ، HbM وغیره میباشد که اکثر این Hb غیر نورمال درامراض ولادی خون بملا حظه میرسد (2-6)

Hb به طریقه هاي مختلف تعیین میگردد که طریقه مهم ان طریقه Photometer میباشد وانواع مختلف Hb توسط Electro Phoresis تعیین میگردد.

تعیین نمودن Heamatocrit (Packed cell Volume)

تعیین هیماتوکریت (HCT) توسط تیوب های مخصوص سنترفیوژ تعیین میگردد. قسمیکه خون در بین تیوب های مخصوص باریك ونازك قرار گرفته بعدا باسرعت زیاد سنترفویژ میگردد که در ین صورت عناصر متشکله خون رسوب نموده وپلازما بالای آنها می ماند (1) اندازه نورمال Hct در مردها 45 ودر زنها 42 میباشد. باید ذکر گردد که نسبت Hb و Hct 1:3 میباشد یعنی اگر Hct را به ۳ تقسیم نموده Hb بدست می آید ویا اینکه Hb رابه ۳ ضرب نموده Hct حاصل میگردد.

MCV (Mean Carpuscular volume) توسط فورمول ذیل محاسبه میگردد

$$MCV= \frac{\text{volume of Packed RBC in-1-ml Per 1000 ml of Blood}}{\text{RBC in million Percubicmm.}}$$

اندازنورمال Mcv در بین 96-71 ملی متر مکعب مایکرون (cubicmicron) میباشد اگر MCV<78 میباشد انیمیا از قسم Micro cytic و اگر MCV>96 باشد انیمیا از قسم Macrocytic میباشد. (1)

MCH (Mean Carpuscular Hemoglubin) : توسط فارمول ذیل محاسبه میگردد.

$$MCH= \frac{\text{Hb in gm Per 1000 ml of blood}}{\text{RBC in million Per c.mm}}$$

اندازه نورمال MCH در بین 32-27 micromicrogm مایکرو مایکرو گرام میباشد : (1)

MCHC (Mean carposcular Hemoglubincon centraion)، توسط فارمول ذیل محاسبه میگردد.

$$MCHC\% \frac{\text{Hb in gm per 100ml of blood}}{\text{PCV in Cmm Per 100 cmm blood}}$$

اندازه نورمال آن %38-32 میباشد.(1)

اگر MCHC از 32% کم باشد مریض دارای Hypochromic Anemia میباشد. (1)

معاینه سیستم عصبی : تشوشات عصبی نزد مریضان دموي از سبب ارتشاح حجرات ، انتانات وخون ریزی ها که CNS را مصاب میسازد باید معاینه گردد. درخون ریزی های دماغی که از سبب Thrombocytopenia بوجود می آید ممکن است که سبب Coma و Hemiplagia درنزد مریض گردد که باید معاینات مکمل عصبی برای تشخیص اجرا گردد که دربخش سیمولوژی عصبی از آن بحث بعمل خواهد آمد.

فصل دهم

شکایات عمده مریضان سیستم اندوکرین

چاقی :- میدانم که چاقی شکایت عمده ومهم امراض اندو کراین بوده لیکن واقعات زیاد ان از تنقیص فعالیت فزیکی و ازدیاد خوراك بوجود می آید. چاقی کتلوي که بصورت انی شروع گردیده وکسالت (Lethergy)و Poly uria به آن توام باشد دلالت به افت Hypothalamus می نماید. باید ذکر گردد که واقعات زیاد پیش رفته چاعی باتاخیر بلوغ توام میباشد. (2)

Cushing Syndrom با روی مدور ، Buffalo hump ، چاقی تنه (Trunk) واطراف خورد توام میباشد. خطوط (Striae) در هرقسم چاقی دیده شده لیکن در سندروم کوشنگ این خطوط بسیار وسیع (زیاد از 10 ملی متر) ورنگ سبز تاریك (Violaceouus) رادارد.

Aminorrhea فرطفشار خون glucosuria ویا ابنار ملتی تست تحمل گلوکوز اکثرا با چاقی یکجا بوده ویا تنقیص وزن اصلاح میگردد. تمورهای افراز کننده انسولین اکثراً با ازدیاد وزن توام بوده اما این تموربسیار نادر است. (2-6)

Wasting and Weakness (ذوب شدن وضعیفی)

آفات غیر اندوکرین مثل افات کانسری ، Depression ، Anoroxianervosa ، Gastrointestenal (Malabsorption) وغیره سبب ضعیفی ولاغری شده میتواند که باید در نظر باشد.

Hypopitutirism ندرتاً مترافق با لاغری (Cachaxia) میباشد ضیاع وزن مترقی در Diabetes maletus ، Thyrotoxicosis ، Pheochromocytoma ومریضی Addison بملاحظه میرسد.

درد عظام Bon pain وکسور پتالوژیك :- عظام درد ناك باکسوریتالوژیك در مرض Ricket,s و Osteomalicia موجود میباشد که درین مورد فقدان VitD وکمبود کلسیم وفاسفیت (Hypoparathyuoidism و Malignancy غده مذکور)درنظر باشد درد ناحیه ظهری باکسریتالوژیك دزمرد ها مصاب Hypogonadism وخانم های مصاب Osteo porosis موجود میباشد.

درد عظام از سبب تمور های متاستاتیك (Multiple myeloma ومرض Paget,s) ممکن بوجود اید که درین صورت xray و scan در تشخیص کمك کرده میتواند. (2)

Gyno comastia :- بزرگ شدن ثدیه بصورت نارمل در بچه های که به سن بلوغ میرسد دریك ثدیه ویا هر دوثدیه بصورت نسبی بملا حظه میرسد. هم چنان درمردهای مسن نیز بزرك شدن ثدیه ها طبیعی میباشد.

امراض غدوات داخلی که سبب بزرگ شدن ثدیه میگردد عبارت است از Thyro toxicosis, تمور غده Adrenal دریك تعداد امراض دیگر مانند امراض کبدی واشخاصیکه با استروجن و اندروجن تداوی میشوند ثدیه بزرگ شده که در حالت اخیر الذکر ثدیه درد ناك نیز میباشد (6)

میخانکیت gynocomastia بدرستی معلوم نیست اما فکر میشود که از سبب دیاد نسبت استروجن به اندروجن باشد.

Hirsutism :- روئیدن موی ها درخانم ها بنام Hirsutism یاد میشود.

Hirsutism بصورت فامیلی ، ارثی وبصورت جینتیك بدون موجودیت افات غدوات داخلی نیز بملا حظه میرسد. Hirsutism زیاد تر در زن ها عمومیت داشته لیکن بعضی وقت به حیث یك علامه مریضی شدید ینوپلاستیك ظاهر شده میتواند که بعد از کشیدن تمور کاملا ارجاع نمیگردد(2).

Hirsutism وقتي اهمیت دارد که بدون دوره بلوغ ، مینوپوز و حاملگي بوجود میاید و یا با تظاهرات دیگر Virilization توام باشد. هرگاه باغور شدن آواز ، موي

رفتگي سر و بزرگ شدن Clitoris یکجا باشد بنام Virilization یاد میگردد، که بصورت انی شروع گردد. (6-2)

در Hisutism همیشه باید حالت غده ادرینل جستجو گردیده وتمور با Hyperplasia آن رد گردد.

اسباب Hirsutism در تخمدان ها عبارت از

Hi lar cell (Stein leventhal Sy ndrom) Polycystic Ovaries

tumar, ، Arrhenoblastoma و Theca cell lutenization میباشد (2).

17 Keto steroids ادرار و Testosterone پلازما باید تعیین گردد در امراض غده Adrenalتقریباً همیشه '»«17 Keto sterroidهای ادرار بلند میباشد.

لیکن درتمورهای تولید کننده (Arrheno blastoma) Testosterone

Testosterom پلازما بلند و 17 Keto steroid ادرار نارمل میباشد.

در Aminorhea چاقی توام با Hirsutism ، Testterom و LH پلازما بلند بوده ودلالت به Poly cyatic ovary می نماید (2)

باید معلوم گردد که مریض دوا های اندروجن اخذ نکرده زیرا که بعضی دواها بمثل Diazoxid و Phenytion وبعضی تمورهای خبیث موی تمام وجود را از دیاد می بخشد.

تغییرات اشتها :- Polyuria ، Poly Dipsia و Poly phagia

اعراض کلاسیك Diabetes maletus میباشد ، بازهم خوراك زیاد اکثر پرابلم اندوکراین نبوده بلکه در Compulsive Personality trait نیز دیده میشود.. (2)

نادرا در آفات هایپو تلاموس که خواب آلودگی با دیگر علایم هایپو تلاموس و ابنار ملتي ارثی Hypogonadism موجود باشد دیده میشود. ضیاع وزن باخوراك زیاد در Thyotoxecosis بمیان می آید.

ازدیاد وزن با خوراك زیاد نادراً در Acromegaly یا Hypolgycermia (درAdenoma تولید کننده حجرات پانقراص) بملاحظه میرسد.
بی اشتهایی ، دلبدي که ضیاع وزن و اسهال با آن توام میباشد در Addisonian Crisis ودر شروع Diabetic ketoacidosis به مشاهده میرسد (2) بی اشتهائی ، دلبدی وقبضیت در Hypercalciemia و Hyperpara thyroidism بوجود می آید. اگر قرحات پیتك مکرر و سویه بلند gastrin موجود باشد دلالت به Gastrinoma Pancreatic را می نماید (6-2).

Polyrria و Poyy Depsia :- Plyuria که معمولا با Poly Depsia توام میباشد اکثرا اسباب غیر اندوکرینی دارد. وبه شکل عادت از نوشیدن آب زیاد (Psychogenic) بوجود مي آید(2) اگر این اعراض بصورت سریع شروع گردد ومقدار آنها زیاد باشد به DM و Dinsipidus دلالت می نماید. در D.insipidus بصورت تدریجی یا سریع بعد از ترضیض سر یا جراحي دماغی بوجود می آید و باید کوشش گردد که آفات عضوی فص خلفی Hypophyse رد گردد. در اطفال Nephrogenic diabetus insipdus و Esonophilicgranoloma درنظر باشد(6-2).

باید ذکر گردد که Lithian و Demeclocyclin تاثیر ADH را در کلیه نهی می نماید وسبب Polyuria میگردد .Pdolepsia'Poly uria درحالت Hypercalciemiaبمشاهده رسیده (Hyperparathyroidism) (2)
همچنان در مریضان Hyper Aldosteronism ازطرف شب به شکل تیپك Ployuria موجود میباشد.

Ployuria در امراض توبول های کلیوی بمثل Renal tubu laracidosis و سندروم Fanconi ودر امراض که در آن تخریب Medu lary Interstitium بمیان می آید دیده میشود (2).

Pigmentation ورنگ غیرنورمال جلد

جلد بصورت فامیلی ونژادی رنگ زیاد تر Hyperpegmentation را ممکن داشته باشد . در مرضadd ison از سبب عدم کفایه قشر محفظه فوق ولکلیه وتصیغ زیاد جلدی بمیان می آید یعنی مرض اودیسون با Hyperpegmentatin و (Vitiligo) D epeg mentation توام میاشد. نقاط صباغی درغشای مخاطی ، بیره ودرنوك ثدیدها دیده میشود. مریض Addison باید از Hamochramotosis و Argyria تشخیص تفریقی گردد. (2).

سوء تغذیه پیش رفته اکثرا با Hyperpegmentation جلد توام میباشد این تصبغ جلد در نواحی که با آفتاب روبرو باشد جستجو گردد (Pellagra). حاملگی و Thyrotoxicosis با تصبغ نصواری رنگ نقطوی جلد مترافق بوده ومخصوصاً در روی زنان حامله به شکل واضح Chalasma دیده میشود.

همچنان گرفتن دوا های Contraseptive سبب بمیان آمدن تصبغ جلدی مذکور میگردد. (2) دواهای دیگر بمثل Diethylstelbesterol سبب توضیع صباغات نصواری رنگ سیاه بالای نوك ثدیه ها میکردد.

موجودیت نقاط تصبغی نصواری باسرحد سخت علامه مشخصه Albright سندروم میباشد. (در زن ها با Fibrous Dysplasia وانکشاف مقدم تناسلی توام میباشد).

Acanthosisnigricans در Acromegaly یا با دیگر تمور های اندو کرینی مترا فقاً بملا حظه رسیده لاکن درچاقی پیشرفته نیز دیده میشود.

مریضان کوشنگ رنگ Ruddy camplexion (رنگ نورمال سرخ)داشته Hyperpigmentation مخصوصاً بعد از Adrenalectomy تمور غده نخامیه ویا نادراً به کانسر خارج ادرینل دلا لت می نماید. (2).

Carotenemia ورنگ زرد برای Mexodema ابتدای وصفی میباشد.

Flushing و Decoloration جلد به سندوزم Carcinoed دلالت می نماید.

Vitiligo اکثرا با Auti Immion Endocrinopathy توام میباشد.

Delayd grouith تاخیر نشو ونما :- آفات غدوات داخلی که سبب تاخیر نشو ونما میگردد عبارت اند از تفریط فعالیت غده در قییه وتفریط فعالیت غده نخامیه . دربعضی حالات مشکل است که این آفات غدوات داخلی را از نشو ونمائ موخر که بصورت فامیل وارثی موجود تفریق نمایم لذا باید همیشه در نظر باشد که تاخیر نشو ونما از طفولیت موجود است ویا اینکه در مرحله زمان طفولیت شروع شده است. دریك تعداد امراض مزمن دیگر نیز تاخیر درنشو ونما بملا حظه میرسد که باید همیشه درنظر باشد مثلا درامراض استخوان سوء تغذی ، آفات متابولیك ، در امراض مزمن قلبی و آفات مزمن کلیوی.

Excisive grouth (نشو ونمای زیاد ازحد)

نشونمای زیاد از حد بصورت فامیلی ، نژادی ، فزیولوژیك میباشد اما آفات غده نخامیه از سبب ازدیاد هورمون نشو ونما (grouth Hormone) سبب عمده نشو ونمای سریع را تشکیل میدهد که پیش تر از آن بحث بعمل آمده است.

اعراح وعلایم مهم در بعضی امراض اندوکراین ومعاینه فزیکی غده تایروئید: میدانیم که بدون غده تائیروئید دیکر تمام غدوات اندو کراین در داخل وجود قرار دارند ودر حالات نورمال ومرضی قابل معاینه وجس نیست. اما از امراض غداوت مذکور بعضی علایم فزیکی دروجود ظاهر میگردد که بصورت خلاصه از آنها درامراً مختلف یاد آور میشویم ومعاینه فزیکی غده تایر وئید را مفصلاً شرح می نمایم.

I- Hypo thyroidism (Mexodema) : این مرض از عدم کفایه در قیه بوجود آمده ، روی مریض پندیده ، اجفان اذیماوی زبادن ولب هاضخیم میباشد. جلد مریض زرد رنگ وخشك میباشد. هم چنان تغییر آواز وطرز گپ زدن تغیر می نماید. استرخا عکسات (عکسه وتر Achill) به آهستگی صورت میگرد

نرس در یك جاي محفوظ لازم (اگر مریض مرد یا زن باشد) براي معاینه آماده گردد . درین مانوره به اساس کلچر و محیط در آماده ساختن مریض براي معاینه بعضي مشکلات به میان خواهد آمد . لیکن باز هم روش و اخلاق حسنه نرس این مشکلات و ممانعت ها را از بین برده میتواند . در حین آماده ساختن مریض براي معاینه نرس باید چپن مخصوص و نیز داکتر معاینه کننده ملبس به چپن باشد . باید ذکر گردد که در وقت معاینه یك قسمت وجود که معاینه آن لازمي میباشد معاینه نشود درین حالت معلومات معاینه فزیکي ناقص و در تشخیص غلطي بمیان مي آید . در وقت آماده ساختن مریض براي معاینه موجودیت نرس زنانه با کفایت براي حفظ قانوني داکتر ضروري و لازمي میباشد .

حرکات وجود Body movement :

حرکات وجود به شکل ارادي و یا غیر ارادي میباشد . تمام حرکات وجود روزمرهء انسان حرکات ارادي را تشکیل میدهد ، لیکن حرکات غیر ارادي وجود که نورمال نمیباشد در حالت شعوري و یا در حالت کوما (Coma)مشاهده گردد . در جمله حرکات غیر ارادي حرکات مخصوص چشم Tics شامل میباشد این قسم حرکات چشم ، حرکات در عضلات روي و گردن اکثرا" در اشخاص تشویشي بملاحظه میرسند .

اختلاجات(Convulsion) که حرکات غیر ارادي بوده و از تقلصات شدید عضلات بوجود مي آید، این حرکات به شکل Tonic و یا Clonic میباشد .

اختلاج Tonic عبارت از تقلص دوامدار عضلات میباشد، حال آنکه در اختلاج Clonic عضلاتبصورت متناوب تقلص و استرخا مي نماید . اختلاجات میتواند در یك طرف وجود و یا بصورت عمومي مي باشد . این اختلاجات در امراض مختلف بمثل سرعه یوریمیا (Ureamia) تسممات دوا ها و تیتانوس قابل ملاحظه میباشد . در (Chorea) (داءالرقص) حرکات غیر ارادي و بي مقصد وجود داشته و اکثرا" در دست ها و پاها دیده میشوند . رعشه(Trimore) از جمله حرکات غیر ارادي بوده که در حالات

(2-3-4) (SlowRelaxation)

همچنان ضعیفی ، خستگی ، قبضیت تعدم تحمل به مقابل سردی ، Depression بطائت حرکات ، بی اشتهائی ، Minorrhagia ، گرفتن وزن زیاد میباشد. درمعاینه جلد مریضان خشك ، سرد ، زرد رنگ و پندیده میباشد وموی های به آسانی کنده میشود. در موقع صحبت آواز مریض تغییر نموده یعنی نزد شان Horsness وخپه شدن آواز بمشاهده میرسد چهره مریض غیر نورمال تلقی شده ویك بی حالی در چهره مریض بملا حظه میرسد.، موی های مریض بصورت پراگنده دیده شده اجفان اذیماوی ، زبان مریض بزرگ وخاسف میباشد. غده در قیه جس شده نمیتواند تنها در بعضی حالات استثنایی میتواند جس شود. قلب مریضان هم از سبب توسع وهم از سبب Pericardialeffusion بزرگ میگردد Bradycardia موجود است. درصورتیکه مریض برای مدت زیاد بدون تداوی دوام نماید نزد شان Coma بمیان می آید.

II- Addison diseasec :- این مرض از تفریط فعالیت غده قشر فوق الکلیه بوجود می آید. اعراض عمده آن ضعیفی ، باختن وزن ، دلبدی ، بی اشتهائی ، اسهال ، استفراق ، سرگنکسی ، سنکوب وتشوش حس سامعه وشامه میباشد.

علایم عمده آن عبارت اند از (3-4).

a- Hyper pigmentatian :- ازدیاد صباغ زیاد در نواحی تناسلی ونواحی که معروض به ترضیض اند بملاحظه میرسد. درغشای مخاطی دهن ، زبان ، لب ها پلك های صباغی دیده میشود. درحلیمه شدیه ودر نواحی شق عملیاتی نیزدیده میشود. بعضا در جلد نقاط بیرنگ (Vitiligo) نیز بملاحظه میرسد.

b- Hypotension :- فشار خون مریض پائین بوده و در واقعات پیش رفته 80 بر 50 میرسد .Pestural Hypotinsi on نیز نزد مریضان عمومیت دارد. اندازه قلب مریض کوچك (Small Heart) میباشد.

برعلاوه علایم فوق الذکر جلد مریضان خشك بوده وموی های ناحیه عانه وابط کم میگردد.

Acromegaly -III :- هرگاه هورمون grouth که از غده نخامیه افراز میشود قبل از بلوغ زیاد افراز گردد درین صورت مرض بنام Gigantism یاد میگردد. اگر افراز این هورمون بعد از بلوغ زیاد افراز گردد مرض که بمیان می آید بنام Acromegaly یاد میگردد. که عموماً از دیاد نشو ونما درنهایات وجود مانند دست ها و پاها و بملاحظه میرسد.

علایم مرض : پیشانی واطراف جوف کره عین بزرگ شده که از سبب بزرگ شدن جیوب جبهی میباشد. سوء شکل در راس بملا حظه میرسد لب های مریض بزرگ شده و مثل افریقا یها میگردد. فك علوی بزرگ وبرجسته معلوم میگردد مسافات بین دندان ها زیاد شده وزبان مریض بزرگ شده که بنام Macroglossiaیاد میگردد. دست ها پهن وعریض بوده وانگشتان بزرگ وضخیم شده که بنام انگشتان بیل مانند Spadelike یاد میگردد. پاهای مریض بزرگ وکلان شده که در مدت کم چپلی در پاهای مریض تنگ میشود. جلد مریضان نسبت عرق زیاد مرطوب وگرم میباشد ودر عین زمان ضخامت جلد زیاد مگردد. موی های وجود مریض زیاد شده وهم مسافات بین الضلی زیاد میگردد. فشار خون مریضان در 25% واقعات بلند میرود. احشای داخل وجود بزرگ شده نزدشان کبد کلان و طحال کلان جس میگردد(2)

Cushing syndram-IV :- این سندروم از فرط فعالیت قشر غده فوق الکلیه بوجود می آید. همچنان بصورت ثانوی از سبب فرص افراز A.C.T.H غده نخامیه ظاهر میگردد. اعراض عمده عبارت از چاقی ،
Oligomenorha'ammenorhea-Hirsutism میباشد (6)

علایم مرض عبارت است از moonface که سرخ رنگ میباشد،گردن مریضان کوتا و Hirsutism بملاحظه میرسد.

مریضان چاق بوده که چاقی زیاد تر درتنه Trunk دیده شده واطراف شان باریك میباشد. بطن مریض برجسته وافتاده بوده ، خطوط سرخ بنفشوی Purplish red strea به ملاحظه میرسد. نسبت تراکم نسج شحمی در حفرات فوق الترقوی وناحیه خلفی گردن برجستگی بملا حظه میرسد که بنام Buffalo hump یاد میشود.
درناحیه شدیه مریضان موی های زیاد میروید وعلایم Hypertention در مریضان بمشاهده میرسد. درمعاینه اعضای تناسلی Clitoris بزرگ بوده که از باعث Hypertrophy میباشد. (6-9-1)

V :- Thyroxoticosis :- اصطلاح Thyro toxicosis به یك Complex سریری فزیولوژیکی وکیمیاوی اطلاق میشود که ازفرط فعالیت وظیفوی غده درقیه بوجود میاید.

اعراض عمده مرض عبارت از عصبانیت ، بی خوابی ، Insomnia ، رعشه (Trimor)، عرق زیاد ، عدم تحمل به مقابل حرارت ، باختن وزن باوجود اشتهای زیاد ، ضعیفی، Oligomenorrhea ، amminorhea میباشد.

علایم مرض عبارت از جلد مریضان گرم ومرطوب بوده در کف دست شان یك نوع سرخی بملاحظه میرسد که بنام Palmar Erythema یاد میگردد رعشه نه تنها در انگشتان دیده میشود بلکه درزبان مریض نیز بملاحظه میرسد. موی هاي مریض نازك و ابریشمی بوده وفعالیت مریضان سریع میباشد مثلاً دروقت حرف زدن تند وتیز صحبت می نماید (6-9)

دریك شکل Thyro toxicosis که بنام graves disease یاد میگردد یك چشم یا هر دوچشم Exop halmia دارد.

توسط کشش جفن علوی منضمه بالای قرینه به شکل واضح معلوم گردیده و وقتیکه به مریض گفته شود که انگشت شاهد را تعقیب نماید وانگشت شاهد بطرف پائین حرکت نماید درین وقت کره عین انگشتان شاهد را تعقیب نموده لیکن جفن علوی این حرکت را

به سستی وتنبلي اجرا می نماید که این حالت بنام Lidleg یاد می نماید نبض مریض سریع بوده و pulse pressure زیاد بملا حظه میرسد بعضی وقت درموجودیت جاغور بالای غده درقیه یك برویث شنیده میشود درفرط فعالیت این غده تظاهرات جلدی در پاها وقدم به ملاحظه میرسد که به نام Peritibial یاد میشود این تظاهرات بسار واضح بوده که ناحیه ماؤفه برجسته ومنظره پوست نارنج رانشان میدهد که امکان دارد خارش داشته وبصورت صباغی مشاهده میکردد.(6)

اعراض وعلایم در دیگر امراض اندوکرین : درفیوکرومو سایتوما علایم ها پپر تنش ، عصبانیت ، سرخی روی عرق به شکل حمله گذری بمیان می آید(2)

در Duarfism عدم کفایه وفقدان هورمون نشو ونما (G.H) موجود و نشوونما به تاخیر می افتد. اعضای مریض خورد ، قدکوتاه وعمر مریض به نشو ونمای وجود تطابق نمی نماید که مریض دیر تربه بلوغ میرسد.

در سندروم شیهان (Shehan) که از تخریب فص قدامی غده نخامیه،(ازهرسببی که باشد) بوجود می آید درین مریضان در زن ها Lactation وعادث ماهوار از بین رفته و در مردها خواصی جنسی اول ازبین رفته وgenecomastia بعد تر بمیان می‌آید. موی عانه وابط ازبین میرود (2).

در Diabetis insipidus پولی یوریا و Polydepsia موجود ومقدار ادرار 24 ساعته به 20-5 لیتر میرسد. کثافت مخصوصه ادرار پایین (1.004-1.006) میباشد.

در Diabetusmaletus مریضان Ployuria ، Polydepsia و PolyPhagia داشته که درشکل جوان آن وزن ضایع میگردد اما درشکل کاهل مریض چاق میباشد. (2)

درHyper parathyroidism مریضان ضعیف ، بی اشتهایی ، دلبدی استفراق وقبضیت به مشاهده میرسد. از سبب سنگ های ، Confusion ، Drowsness

کلیوی Renal colic درمریضان دیده میشود وبعضی وقت Adenama غده جس شده میتواند.
هم چنان درقسمت اتصال Corneosclera کلیسفیکشن Calcification بمشاهده میرسد.(2)
درمریضان Hypoparathyroidism از سبب تنقیص Ca خون Tetani بملاحظه میرسد. (2)
درHypogonadism که قبل از Puberty بوجود آید آله تناسلی خارجی وخواص ثانوي جنسی مردانه نشو ونمانکرده وموی های ریش مریض موجود نبوده آواز مریض باریك واعضای تناسلی خورد میباشد. (2)
اگر Hypoganadism بعد از Puberty بوجود آید ، آله تناسلی اتروفی نموده ، اشتهایی جنسی از بین رفته وImpotance بوجود مي آيد در مرحله مینو پوز علامه اولی چاقی است و Hirsutism مخصوصا در لب بالای وموی در زنق بمیان می آید(2).
معاینه فزیکی غده تایروئید :- اول باید قسمت مثلثی قدامی گردن برای ضربان شریان ثباتی ، ضخامه عقدات لمفاوي ، کتلات تموری حالات غیر نورمال غدوات لعابیه جس گردد ونیز گردن برای موضع وعمومی غده تائیروئید تفتیش ونیز موقعیت شزن تعیین گردد (1-2)
داکتر درعقب مریض استاده شود وانگشتان هردودست در هردوطرف فص عده بالای غده تماس داده شود وبه مریض امر گردد که لعاب یا لقمه بلع نماید که درین وقت غده تائیروید بطرف بالا حرکت می نماید وهر دو فص غده توسط انگشتان دست دروقت حرکت جس میگردد. اگر این غده کلان شده باشدSize شکل ، قوام ، پندیدگی حرکت حلد بالای غده ، حساسیت Pulsation باید یاداشت گردد (1-2)
همچنان هرفص غده در حالیکه داکتر در قدام مریض استاده فص راست غده توسط انگشتان دست چپ نزدیك غده به طور عمیق عضله تر قوی قصی را گرفته وتوسط

انگشت کلان دست دیگر در قسمت متوسط غده در حالت جس که مریض لقمه یا لعاب را بلع می نماید، فص راست غده به انگشتان داکتر تماس می نماید ومریض به همان طرف (طرف راست) می بیند فص چپ این غده بصورت معکوس جس میگردد.
همچنان بالای غده درقیه یك Bruit ستولیك (Toxic goiter) شنیده شده میتواند (2-1)

Vongreaf,s signا :- این علامه درفرط فعالیت غده تائیروئید(Hyper thyroidism) انگشت شهادت(indixfingre) به اندازه یك تا ۲ فت بصورت افقی نکاه داشته وراس مریض بدست محکم گرفته میشود درین وقت به مریض گفته میشود که انگشت معاینه کننده بدون اینکه راس خود حرکت بدهد توسط چشم تعقیب نماید در حالیکه انگشت معاینه کننده پائین حرکت می نماید . درین وقت Sclera بالای قرینه می آید وقرنیه را می پوشاند ، گفته میشود که علامه مذکور مثبت میباشد (1)

بصورت عموم معاینات
لابراتواری سیستم اندوکرین

درباره معاینات لابراتواری سیستم اندو کراین معاینات که در عرصه کلینکی اهمیت (معاینات دیابت وغده تائیروئید) دارد بیان می نمایم.
معاینات لابراتواری دیابت : (2)
معاینه ادرار : معاینه ادرار یك معاینه ساده است که در ادرار برای تشخیص مرض شکر گلوکوز، Ketonbody جستجو میگردد.
وبعد ازیك الی دوساعت خوردن غذای دارای کاربوهایدریت ادرار معاینه وگلوکوز در آن چستجو میگردد . باید ذکر گردد که قدمه گلو کوز کلیوي اشخاص پیرزیاد میکرددباوجود انکه کوز خون شان نارمل میباشد ازین باعث گفته میتوانیم که بصورت تنهايي موجودیت کلو گلوکوز در ادرار برای تشخیص مرض وصفي نمیباشد و باید گلو کوز خون نیز معاینه گردد.

درکیتو اسدوزس در ادرار مواد کیتونی همیشه موجود و اهمیت تشخیصیه را دارد که بامواد کیتونی گلو کوز در ادرار نیز موجود میباشد
وبنام Ketonuria و glucosuria یاد میگردد. در Ketonuria دهن مریض بوي میوه داده و ارتباط به موجودیت استون دارد.
گلوکوز خون و glulose tolerance test :- براي تشخیص مرض شکریك تست خوب است که بکدام رژیم غذای خصوصی ضرورت ندارد. (2)
درحالت نارمل اگر Fasting blood sugar (FBS) زیاد گردد به مرض شکر دلالت می نماید. لیکن اندازه نارملFBS هیچوقت مرض شکررا رد کرده نمیتواند از همین سبب است که G.T.T. برای تشخیص توصیه گردیده وبطور اتی اجرا میگردد: دروقت صبح وقتی از مریض خون اخذ گردیده و FBS در آن تعین میگردد. بعد ازآن 75 گرام پودر گلوکوز به شکل شربت به مریض از طریق دهن داده میشود. بعد ازیك ، دو ، سه ساعت از خوردن گلو کوز گلوکوز خون معاینه گردد درحالت نارمل یك ساعت بعد گلو کوز خون 160mg/100ml وبعد از دوساعت گلو کوز خون 90-110mg/100ml میباشد وبعد از سه ساعت گلو کوزخون120mg/100ml
اگر از این اعداد سویه گلوکوز خون بلند تر باشد به احتمال قوي دیابت را ارائه می نماید. اگر این اعداد به شکل Border line باشد در آن صورت G.T.T سه ساعته از طریق فمی اجرا میگردد (۲)
Oral G.T.T : بعد از آنکه FBS تعیین شده به مریض 75 گرام گلوکوز داده میشود ، بعد ازنیم ساعت ، یك ساعت ، دوساعت وسه ساعت خوردن قند سویه گلوکوز خون تعیین ونیز گلوکوز ادرار تعیین میگردد. اعداد ذیل حدود فوقاني اعداد نارمل قبول گردیده اند.
۱- FBS=110mg/100ml
۲- سویه گلوکوز خون بعدازنیم ساعت خوردن گلوکوز 160mg/100ml

۲- سویه گلوکوز خون بعدازنیم ساعت خوردن گلوکوز 160mg/100ml
۳- سویه گلو کوز خون بعد ازیك ساعت خوردن گلوکوز 160mg/100ml
٤- سویه گلو کوز خون بعد از دو ساعت خوردن گلوکوز 120mg/100l
٥- سویه گلو کوز خون بعد از سه ساعت خوردن گلوکوز110mg/ 100l
درحالت نارمل درهیچ نمونه فوق در ادرار گلو کوز مثبت نمیباشد نتا یج G.T.T تحت تاثیر سه فکتورز ذیل میباشد. (2)

۱- رژیم غذائی ۲- فعالیت فزیکی ۳- عمر

از نظر رژیم غذائی باید کم از کم ۳ روز پیش ازاجرای این تست به مریض غذای توصیه گردد که دارای 250-300 گرام کاربوهایدریت داشته باشد.

تنقیص فعالیت فزیکی (Inactivation) تحمل کاربوهایدریت را پائین می آورد ، از همین سبب استراحت دوامدار بستر ممکن تاثیر داشته باشد فکر میشود که با ازدیاد سن G.T.T نیز بلند میگردد. اگر جذب گلو کوز از سیستم هضمی صحي نباشدبایست G.T.T از راه وریدی استعمال گردیده که استعمال تست وریدی کم میباشد درکیتو اسیدوزس گلو کوز خون 300-800mg/100ml وحتی ازین مقدار زیادتر توام با ازدیاد موا دکیتونی میباشد که از طریق ادرار اطرح میگردد.

معاینات لابراتوری وظیفوی غده تایروئید

چونکه برای تعین نمودن وظایف غده تائیروئید تست های سهل تشخصیه موجود اند ازین سبب کم تصادف میگردد که مریضی این غده بطورمکمل تشخیص نگردیده وبنام Hypothyroidism و Hyper thyoidism تداوي شود. (2)

در وقت ضرورت برای تشخیص قطقی امراض غده تایروئید تا یروکسین مجموعی پلازما T4 و T3 ، Uptake of Radioactive Iodin , T.R.H test
Radio nuclidescaning,Technnetium ultra sonogrophy
Needle bispsy of thyroid
وغیره اجرا گردند.

AFGHAN UNIVERSITY

FACULTY OF MEDICINE

FUNDAMENTAL OF INTERNAL MEDICIN

By: Dr. Abdul Wahed Alkozai

August 2000

Published by: **AFGHAN UNIVERSITY** Peshawar.

PRINTED BY Sayyed Jamaluddin Afghani
Printing Press



Reference

1- Ali M; students clinicalmethods in Medicine. 10 th edition 1998

2- Alukozai A.W. Internalmedicine for third year students 1362 Higry shamsy.

۲- الکوزی ای و : ددریم ټولګی دداخلی درسی کتاب ۱۳۶۲هـ ش .

3- Corwin H. hinish man ; Jaahn F. muraay; Diseases of the chest.
W.B. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto 1990

4- Edwards C.R.W; I.A.D. Bouchier C. Haslett at all; Davidson's principles and practice of Me dicine.
With churchill livingstone E.L.B.S. Funded by the British Goverment. 18th editon 1999

5- Goldman M.J. Noragol Schlager; Elcctro cardiography.
Lange Medicalpublication Los Altos. Calfornia 1990

6- Harrison's T.R. and atall : principles of Internalmedicine
Mc Graw hill book company 14th International edition 1999

7- JAMA; Volume 254. Number 19 Nov. 15 .1985.

8- Schoeder Stevan A.and atall; Current Medical diagnosis and treatment.
Applaton of Lange New walk Connecticut/ Sanmatoe. Calfornia.39th edition 1999

9- Wyngaarden B.James Iloy H. Smith Jr; Cecil text book of Medicine
W.B.Saunders company 1996.

مختلفه به مثل خستگي، تسمم الكولHyper Thyroidism، Multiple sclerosis ، Perkin sonism، هستيريا(Histyria) و در هيجانات عصبي بملاحظه ميرسد. حملات رعشوي (Asterixis) كه در امراض كبدي عموميت داشته اكثرا" در قسمت دست ها ديده ميشود ، يعني اگر پنجه دست بازو به عقب تيله گردد همان دست بطرف قدم انگشتان آن يكي از ديگر كمي فاصله داشته باشد حركت مي نمايد، هم چنان بعضي وقت به قدام و بعضي وقت به خلف بصورت متناوب حركت مي نمايد .

قدم زدن (Gait):

قدم زدن در بعض امراض به شكل وصفي ديده ميشوددر مرض Perkinsonism زمانيكه مريض راه ميرود وجود خود را شخ گرفته و صدر خود را بطرف قدام برامده و دستان خود را حركت نميدهد، هم چنان در حين قدم زدن بعضا" بطرف قدام و بعضا" بطرف خلف حركت نموده و قابليت استادن دفعتا" را تا وقتيكه بكدام چيز تكيه نكرده باشد ندارد . تشخيص مريضي Perkison در وقت قدم زدن وضع شده ميتواند. هم چنان در اكثر تشوشات حزمات مخيخي و اهرامي بي موازنگي(Ataxia) رونما ميگردد. در مريضان Tabesdorsalis (افت در خلف نخاع ميباشد) درك احساس مكان از بين ميرود ودر حين قدم زدن پاي خود را به ترس بالا نموده و قدم ميزند كه اين قسم حركات را بنام Slaping gait ياد مي نمايند. اين مريضان در روشني حركت نموده ليكن در تاريكي بسيار به مشكلات قدم ميزند كه براي تشخيص مريضي فوق حركت وصفي به شمار ميرود .

همچنان مريضان Hemiplegia طرف فلج به شكل نصف دايروي حركت داده و بعدا" به عقب خود كش مي نمايند. اگر افت در دست باشد دست خود را بالاي صدر محكم ميگيرد .

در مرض Multiple sclerosis حركات غير ارادي تكان دار به شكل Spastic gait كه خود را شخ گرفته حركت مي نمايد .

گپ زدن (Speech):

تکلم مریض در تشخیص بعضي امراض بمثل التهاب حاد حنجره،توبرکلوز و یا افات خبیثه کمک مینماید، که درین امراض خپ شدن آواز(Hoarseness) بوجود میآید. هم چنان در افات دماغي اوعیه وصف تکلم تغیر نموده و به مشکلات گپ میزند. هم چنان در فلج عصب حنجروي آواز ضعیف و وصف نورمال خود را از دست میدهد. در تکلم نمودن سه قسم تشوش بمیان مي آید که عبارت از Aphonia، Aphasia و Anathria میباشد. در Aphonia آواز از بین میرود- در Aphasia مریض مي فهمد لیکن قابلیت تکلم و تکرار دفعات را ندارد. در Anathria انسجام گپ زدن به تشوش دچار میگردد. بطور مثال در Multiple sclerosis توقف تکلم به شکل متناوب پیدا میگردد، همچنان در مرض Chorea و پرکنسونیزم تشوش تکلم رونما میگردد.

بوي تنفس Breath Odors:

بوي تنفس از اثر حفظ الصحه خراب دهن، کرم خوردگي دندان ها، انتانات مختلف دهن، ابسي ریوي (lung Absces) و Bronchectasis بملاحظه میرسد. همچنان در مریضي شکر بوي Acetone و در Ureamia بوي امونیا احساس میگردد. بوي الکول بعد از نوشیدن الکول ، واقعات تسممي الکول از افات ترضیفي تفریق مینماید.

تغذي (Nutration):

حالت تغذي اکثرا" به شکل واضح شناخته میشوند که شاید در وزن کمي و یا ازدیاد موجود باشد، چاقي در مریضان منشه، داخلي و یا خارجي میداشته باشد، لیکن خوراك زیاد مهم ترین سبب چاقي را تشکیل میدهد. اسباب خاریجي چاقي که از اثر خوراك زیاد بوجود مي آید شحمیات وجود در تمام وجودبصورت واضح دیده میشود.

در بعضي مريضان كه سبب چاقي منشهء داخلي داشته باشد شحميات در بعضي قسمت هاي مخصوص وجودتراكم مي نمايدبطورمثال در سندروم كوشنگ(Cushing) و Frohlich علاوه از چاقي بعضي تشوشات جنسي نيز موجود ميباشد .

اذيما كه توسط تجمع مايعات تحت الجلدي رونما ميگردد بايد از چاقي تفريق شوند . يعني اگردر اذيما توسط انگشت بالاي ناحيه اذيماوي فشارداده شود بعد از برداشتن انگشت نشان انگشت در ناحيه اذيماوي باقي مي ماندكه اين علامه بنام Pitting ياد ميگردد كه اين علامه در مردمان چاق منفي ميباشد .

كمبود وزن در تغذي بدرجه هاي مختلف كه وخيم ترين آن بنام Cachexia ياد ميگردد .

در امراض انحطاطي دماغ كه مريضان از سبب تشويش زياد اشتها از دست داده و كمبود وزن از سبب كم خوراكي و يا امراض ضايع كننده (توبر كلوز، افات خبيثه،هايپرتايروئيديزم) بميان مي آيد .

قد و قامت(Stature):

قد قامت عبارت از ساختمان و بلندي وجود ميباشد مردمانيكه قد و قامت بلند داشته بنام Giant وكسانيكه قد آنهاخوردباشد بنام Duwarfs ياد ميگردد . از طرف ديگر بعضي مردم بصورت نورمال بسيار خورد ويا بسيار كلان ميباشد كه ارشيت نيز در آن رول مهم را بازي مي كند .

ميدانيم كه هورمون هاي غده نخاميه در تركيب وساختمان عظام رول مهم را دارد . اگرازدياد اين هورمون ها پيش از بسته شدن Epiphyse(پيش از جواني) رونما گردد مريضي Gaigantism و اگر فعاليت زياد اين غده بعد از بستن اپي فيز بميان بيايد مريضي Acromegaly را سبب ميشود . كه درين مريضي آخرسر، الاشه، بيني، دست ها و پا هازياد كلان ميشوند .

اشخاص خورد (قد کوتا داشته باشند) که بنام Duwarfs یاد میگردد شاید به شکل Achondroplastic بوده که تمام اعضاي وجود به شکل متناوب خورد میباشد. شکل دیگر آن بنام Cretinism یاد میگردد که این مریضي از عدم افراز هورمون تایروئید (Thyroid H) به شکل ولادي بمیان مي آید. علاوه به نشو و نماي فزیکي نموي دماغي درین اشخاص نیز خراب میباشد.

حرارت (Temprature):

درجه حرارت 98.9 f فارنهایت بوده و تشبیت درجه حرارت مقعد نظر به درجه حرارت دهن یك درجه بلند میباشد که تعین درجه حرارت مقعدي در اطفال و در اشخاصیکه به گپ نمي فهمند استعمال میگردد. در بسیاري حالات کم تعین درجه حرارت ابط (Axilla)استعمال گردیده که این درجه نظر بدرجه حرارت فم در حالتنارمل یك درجه کم میباشد. درجه حرارت باید پیش از خوردن غذا و استعمال دخانیات اخذ گردد در حالت نارمل درجه حرارت از طرف صبح نیم درجه کم واز طرف عصر یك یا دو درجه زیاد میباشد.

تب (Fever):

اگر درجه دهن از 98.6f زیاد باشد بنام تب یاد مگردد؟ تب اکثرا" ازسبب تخریب انساج وجود پیدا گردیده که این از انتانات، ترضیضات، افات خبیثه، افات دماغي و عائي و از نذف اعضاي مختلف وجود بمیان مي آید. بصورت عموم تب به سه قسم است.

۱-تب دوامدار continuos fever: درین شکل درجه حرارت وجود به شکل دوامدار بلند میباشد و میتواند که در ۲٤ ساعت مریضي بدرجه کم بالا ویا پائین شود مثلا" تب محرقه.

۲-تب متناوب Intermittent fever: درجه حرارت وجود مریض در طول روز تغیر مي نماید یعني از طرف روز درجه حرارت بلند و باز در همان روز درجه نورمال

و یااز درجه نورمال پائین میشود . این قسم تب در اکثر انتانات بملاحظه میرسد .

Remittent fever-۳: این تب به مثل تب دوامدار بوده لیکن درین تب درجه حرارت نظر به تب دوامداربه اندازه زیاد پائین و بالا میرود یعني حرارتوجود به شکل نورمال تبدیل میشود این قسم تب در مرض هوچکن عمومیت دارد . باید ذکر گردد که در مرض هوچکن بصورت دوامدار براي چند روز (۷ – ۱۰ روز) تب موجود میباشد و بعد از آن براي چند روز (۷ – ۱۰ روز)تب گم میشود که این نوع تبرا بنام Pelebstain fever یاد مي نماید .

در تب لرزه Chills fever اول مریض خاسف، ترسناك و به شکل سیانوتیك میباشد . اول جلد یخ و بعدا" درجه حرارت بلند شده و به شکل آني در درجه حرارت ازدیاد بعمل آمده و عرق زیاد مي نماید .

جلد (Skin):-

جلد آینه صحت وجود انسان است ازین باعث معاینه جلد دقیق در تشخیص اهمیت حیاتي دارد ، زیرا که بعضي امراض در شکل و رنگ جلد تغیرات را بمیان مي آورد ، فلهذا هر چیزیکه در جلد غیر نورمال مشاهده و یا جس گردد قابل یاد داشت میباشد .

براي اینکه به معاینه جلد خوبتر پي ببریم لازم است که اصطلاحات طبي که داکتر در وقت معاینه از آن کار میگیرد بصورت خلاصه بیان نمایم:

اول: اگر جلد در مقابل عوامل سببي بصورت فوري عکس العمل ظاهر نماید در جمله افات ابتدایي شمرده میشود بمثل Macule ، Tumure, Papule وغیره که طور ذیل از آنها ذکر میگردد:

. Macule-a: این افت به سطح جلد برابر بوده و تغیر رنگ جلد از یك سانتي

متر کم قطر دارد مثلا" در Flat Nevus

Papule-b: عبارت از تبارز سطح جلد بوده که قطر آن از یك سانتي متر کم باشد مثلا" در Awart

Plaque-c یا Patch: شاید بمثل پپول یا مکول بوده لیکن قطر آن از یك سانتي متر زیاد میباشد مثلا" در Vitiligo

Nodule-d: عبارت از یك کتله سخت بوده که قطر آن از یك سانتي متر کم میباشد مثلا" درDermatofibroma

Tumure - e: عبارت از یك کتله سخت بوده که قطران از یك سانتي متر زیاد میباشد.

Cyst-f:عبارت از یك کپسول احاطه شده بوده که در داخل آن مایع بصورت کتلوي موجود میباشد.

Wheel -g:عبارت از یك Bullaیا Plaqueبوده که در Derm از خارج شدن سیروم از اوعیه بصورت حاد بوجود مي آید مثلا"در Urticaria

Vesicale-h : عبارت از تبارز جلد است که از مایع مملو و قطر آن از یك سانتي متر کم میباشد مثلا" در Smallpox

i -بول(Bulla): بمثل ویزیکل بوده لیکن قطر آن زیاد میباشد مثلا" در سوختگي درجه دوم.

Pustule: بمثل Bullaو یا Vesicaleبوده لیکن در داخل آن چرك(Puss) موجودمیباشد مثلا"درAcne

دوم: افات ثانوي جلد:

این افات اکثرا" به تعقیب تغیرات اساسي افات ابتدایي بمیان مي آید مثلا" -Fis



Ulcer



Erosion



Scales (Psoriasis)



Maceration



Wheel Formation



Macule



Papule



Nodule



Vesicles and Bullae



Pustule

Crust ،sure و غيره

scale- a: بمثل وريقات جلد ميباشد مثلا" در Psorasis

Crust-b: عبارت از Exudate بالاي جلد ميباشد مثلا" در Impitigo

Fissure-c: عبارت از سوراخ يا درز جلد است مثلا"Chapping

Erision-d: عبارت از ضياع سطحي جلدي است كه به Dermنميرسد مثلا" در شانكرسفيتك

Ulcer-e: عبارت از ضياع جلدي است كه تا طبقه Derm وسعت دارد مثلا"قرحه ركودت وريدي Varicose vien

Scare-f: اگر قرحه تا به طبقه Derm وسعت نموده باشد و توسط توليد الياف كولاژن زياد در آن بهبودبميان آمده باشد در نتيجه Scareبميان مي آيد مثلا" بعد از واكسين .

تفتيش (inspection):

در تفتيش جلد ،رنگ و شكل جلد اهميت زياد دارد . در حالت نارمل رنگ جلد از سبب موجوديت صباغات ميلانين ، هيموگلوبين و كروتيد ميباشد. در مرض Addison، زنان حامله، Hyper Thyroidism و يا بعد از تماس زياد با شعاع آفتاب توضع ميلاينن به شكل موضعي يا عمومي رنگ جلد را تغير مي نمايد به همين طور اگر فقدان ميلانين بصورت موضعي در جلد رونما گردد سبب Vitiligo و در فقدان عمومي Albinismبميان مي آيد . سيانوز در بعضي امراض و نيز سرخي جلد كه در تب و حالات ديگر پيدا ميشود قابل تذكر ميباشد . هم چنان موجوديت افات ديگر جلدي و موجوديت زيادي كه از تراكم زياد بيلروبين در انساج ، جلد و Sclera پيدا ميشود ياد داشت شوند .

جس Palpation:

در وقت تفتیش جلد معاینه کننده از عملیه جس در عین وقت کار میگیرد . در جس جلد در باره رطوبت، حرارت، اذیما معلومت حاصل میگردد . چونکه جلد قسمت زیادي از آب و الکترولایت را دارا است به همین اساس اگر جلد چملك و سست و به آساني کش شود (بشرطیکه پیش آفتاب زده گي نباشد) به Dehydration وجود دلالت مي نماید . و اگر در جلد آب زیاد ذخیره و تجمع نماید حالت اذیما را اختیار مي نماید .

بعضي امراض وصف موي ها را تغیر میدهد مثلا" در مریضان هایپرتایروئیدیزم موي ها را نرم و در هایپوتائیروئیدیزم موي ها خشك و شکننده میباشد .

کمبود موي ها به شکل موضعي (Allopecia Areata) در سفلیس و امراض فنکسي بملاحظه میرسد .

توسط افرازات زیاد غدوات Cebaceous موي ها به شکل چرب دیده میشودکه این قسم چربي موي ها ذر قسمت هاي دیده میشود که غدوات فوق الذکر درآن قسمت ها زیادمیباشد مثلا" در موي هاي سر و روي افرازات زیاد غدوات مذکور توسط تنبه هورمون هاي اندروجن بمیان مي آید که این حالت در هردو جنس (مرد و زن) در مرحله جواني زیاد عمومیت دارد .

شکل ناخن ها نیز در بعضي امراض موضعي و سستمیك قابل تغیر میباشد بطور مثال Clubbing انگشتان که در امراض تنفسي و قلبي وغیره دیده شده و نیز تغیر وصف ناخن ها که درAnemia دیده میشود قابل یاد داشت است .

بعد ازمعاینه عمومي معاینات فزیکي اجرا میگردد که توسط استعمال سامان و آلات مختلف که در جهازات مختلفه استعمال میگردد به معرض اجرا قرار میگرددکه بدین وسیله بعضي اشیا که تا حال بصورت واضح نشده باشد آشکار میگردد که این آلات قرار ذیل میباشد:

درطول قرن ها در مابين شعبات طبابت كدام تقسيمات قطعي وجود نداشت، و چيز هاي كه به عمليات تعلق داشت بنام جراحي ياد ميشد،و شعبات ديگر بدون قابلگي (Obstetricus)، توبر كلوز، امراض اطفال، امراض جلدي و امراض انتاني در داخله شامل بود، و بصورت تدريجي امراض مذكور از داخله جدا شدند.

اصطلاح امراض داخله در قرن ١٩ وسعت پيدا نموده و در عصر حاضر با اصطلاح امراض داخله كلمه تداوي (Therapy) استعمال ميگردد، كه اين هردو اصطلاح يك معني را افاده نموده و در حقيقت يك قسمت مهم طبابت عملي را تشكيل ميدهد درده هاي اخير Therapyبه شعبات ذيل تقسيم گرديده اند. -Pulmology, Nephrology, Heama -tology, Gastro Entrology,Endocrinology, Cardiology يك طبيب كه تمام امراض داخله را تداوي مي نمايند بنام Therapiestياد ميگردد. در حقيقت يك طبيب بايد داراي شعور و تفكر عالي بوده و خيلي دانا ميباشد. براي اينكه يك طبيب مرض را بصورت صحيح تشخيص و تداوي نمايد بهتر است كه در يك شعبه محدود تحصيل كسب ننايد، و در يك رشته و يا شعبه محدود تحصيل كردن اين معني را افاده نميكندكه طبيب مذكور بصورت تنها در همان شعبه دانايي و فهم داشته باشد بطور مثال يك Cardiologe، يا Gastro Entrologe بصورت تنهايي در امراض قلبي و يا سستم هضمي دانا نبوده و تمام امراض داخله را تشخيص و تداوي نمايند، و در يك شعبه داخله متخصص و داناتر باشد (٢)

به اساس طبابت امروزي كه از سالها تجارب بميان آمده است و براي تشخيص امراض انساني را ها و ميتود هاي مختلف را باز نموده، و رشته هاي داخله بنام مادر شعبات زياد طبابت ياد گرديده است.

توسط خدمات زياد علماي دنيا علم Therapy به شكل تدريجي انكشاف و راه تكامل خويش را طي نموده و در عصر حاضر در بين شعبات طبابت مقام ارزنده را حايز

Statescope، آلـه فـشـار، Ophthalmoscope، Otoscop،چراغ دستي،چكش عكسات، تونبگ فورك(كه ۱۲۸ دفعه در يك ثانيه اهتزازمي نمايد)،فيته براي اندازه‌گيري،تيغ فشاردهنده زبان، ترمامترو تونومتر .

سامان متذكره طبي فوق كه به مقصدتشخيص مرض از آن كار گرفته ميشود بايد توسط محصلين خريداري شوند .

در جس اعضا احساس درد،Rebound Tenderness،Tenderness،يـا Refer Tenderness،مـقـويـت عـضـلات، كـتـلات در قـسـمـت هـاي مـخـتـلـفـه وجود،قوام(Fluctuation)، حرارت جلد، ضربان و تحريك هر غضوه معلوم ميگردد .

قرع Percusion:

درين مانوره اعضاي وجود قرع (وارد نمودن ضربه توسط انگشتان) گرديده و مقاومت و آواز هاي آن تثبيت ميگردد . آواز هاي قرع قرار ذيل تصنيف بندي ميگردد:

a- Resonance كه آواز نارمل يك عضوي ميباشد

b- Dullness

c- Flatness

d- Tempany

اصغا Auscultation:

توسط اصغا آواز هاي بعضي ساختمان ها تثبيت گرديده كه از وجود توسط گوش معاينه كننده و يا Statescope اخذ ميگردد . اين اواز ها قرار ذيل ميباشد:

۱- بالاي صدر در قدام و خلف تصنيف آواز هاي تنفسي

a-حويصلي، قصبي،حويصلي قصبي، كهفي يا امفوريك

b-صداي از آواز ها:گپ زدن، Bronchophonyنورمال، Egophony،

Vocal Resonance: گفتن بعضي الفاظ به شکل پس پس نورمال و یا -Pec toraliqy

c- آواز هاي اضافي:Rals(خفيف، متوسط و زشت)

آواز هاي دوامدار:(Ronchi (Lowpitch ، Wheezingکه Pitich بلند را دارد. احتکاك پلورايي Pleural Friction(شهيقي وذفيري) Pleural friction Rub, Splash

۲-بالايي قلب: تصنيف بندي آواز هاي قلبي:

a- آواز اول قلب که از بسته شدن دسام مترال و تراي کوسپيدتوليد ميشود که دسام مترال نظر به ترايي کوسپيد کمي پيش بسته ميشود .

b- آواز دوم قلب که از بسته شدن دسام ابهر و دسام ريوي در صفحه دياستول بميان مي آيد،که در حالت نورمال دسام ابهر نظر به دسام ريوي کمي پيش بسته ميگردد .

Opening Snap-c (O.S): که از باز شدن دسام مترال (در -Ste nose مترال) بوجود مي آيد .

d- آواز سوم قلب که بنام آواز سوم فزيولوژيك قلب نيز ياد ميشود و در صفحه Rapid Filling بطنيات بوجود مي آيد:

e-آواز چهارم قلب:که از تقلص اذينات بوجود مي آيد .

f-آواز هاي Cystolic: که در شروع ، متوسط و قسمت آخر سستول شنيده شده ميتواند. بايد گفته شود که آواز سوم بنام Third gallp و آواز چهارم بنام Fourth gallopنيز ياد ميشود .

g-نفحه ها Murmurs: که سستوليك و دياسستوليك است : که در

شروع، متوسط و آخري سستول و صفحه دياستول شنيده ميشوند و نيز ميتواندكه در تمام صفحه سستول و يا دياستول شنيده شوند .

٢- علايم حياتي Vital signs :

علايم حياتي شامل تعدادنبض في دقيقه(Puls Rate/minute)و فشار خون (Bloodpressure) تعداد تنفس في دقيقه(Respiratory Rate/minute) درجه حرارت وجود Temprature و وزن وجود شامل ميباشد(١-٢)

٣- معاينه اعضاوسستم هاي مختلف كه به ترتيب ذيل بايد بدقت معاينه گردد:

راس يا سر Head: راس از نظر انوملي ها موجوديت موي ها، موجوديت Scar يا ندبه، ندبات عملياتي و يا ترضيضي موجوديت كتله و غيره جستجو گردد(٢) .

وجه Face: از نظرشكل، رنگ جلد، موجوديت انوملي ها، Scar، لب چاق، موي ابروها و غيره معاينه وجستجو گردد .

Throut ،Nose ،Ear ،(E.N.T): گوش، گلون و بيني بايد بدقت معاينه گرديده وموجوديت علايم غير نورمال ياد داشت گردد .

چشم Eye: از نظر شكل موجوديت سرخي در چشم موجوديت التهاب ، افرازات حركات اضافي و غيره معاينه گردد(٢) .

عنق Neck:از سبب موجوديت جاغور، نبضان اوعيه در عنق خصوصا"در امراض قلبي، موجوديت كتلات شحمي، كلان بودن عقدات لمفاوي، موجوديت Sinus هاي عقدوي و غيره بدقت معاينه گردد .

سستم تنفسي Respiratory system: درين قسمت معاينه فزيكي با تفتيش صدر از قدام به خلف وجوانب آغاز ميگردد و نيز به ترتيب جس صدر، قرع، و

اصغايي صدر از قدام و خلف صدر صورت ميگيرد و علايم فزيكي غير نورمال ياد داشت ميگردد . طرز اجراي معاينات فزيكي سستم تنفسي بعدا" مفصلا" مطالعه ميگردد .

سستم قلبي و عايي C.V.S:- ساحه قرب القلبي ابتدا تفتيش (inspection) شده بعدا"به ترتيب جس(Palpation) قرع (Percussion) واصغا (Auscultation)ميگردد و علايم غير نورمال ياد داشت ميگردد(۲)كه معاينات فزيكي اين سستم بعدا" مفصلا" مطالعه ميگردد .

سستم معدي معاني (G.I.S) Gastro Intestinal system:

در تفتيش بطن ندبات عملياتي ، صباغات، خطوط حاملگي(Stria)، Bulging موجوديت كتلات، ناف بر آمده ، اوعيه هاي بر جسته، مايع بطني و غيره بدقت معاينه ميگردد . بعدا" بطن جس سطحي شده و متعاقبا" جس عميق و اعضاي مختلفه جس گردد .

در صورت موجوديت مايع بطني معاينات مربوط آن اجرا گردد ، در اصغاي بطن آواز هاي معايي Parastaltism صورت گيرد . بايد ياد آور گردد كه اصغاي بطني متصلا" بعد از تفتيش صورت ميگيرد زيرا كه توسط جس آواز هاي معايي تغير مي نمايند، معاينات فزيكي بطني بعدا" مفصلا" مطالعه ميگردد .

(U.S) Urinary system: -

تفتيش و جس و ديگر معاينات مربوط آن بايد بدقت مخصوصا" در صورت موجوديت شكايات از طرف مريض صورت گيرد .

نهايات Extrimeties :- از نظر سوء تشكلات، موجوديت Scars موجوديت Varices ، اندفاغات نزفي (Heamorrhagic(Spots اذيما ، عكسات وتري و ديگر حادثات مرضي دقيقا" معاينه شود .

در آخر نظر به اعراض و علايم دريافت شده تشخيص احتمالي Impression وضع

میگردد، و نظر به آن معاینات لابراتواري به مریض براي تائید تشخیص حقیقي توصیه میگردد .

فصل سوم

اعراض عمده مریضان مصاب امراض تنفسي

۱-سرفه Cough:- عبارت از عکس العمل مدافعوي عضويت است که جهت پاك ساختن شزن(Trachea) و قصبات از افرازات و خارج نمودن اجسام اجنبي بکار ميرود .

ميکانيزم توليد سرفه: سرفه ميتواند بصورت ارادي و غير ارادي بوجود آيد که از اثر تنبيه و تخريش آخذه هاي سرفه (Cough Receptors)که در غشاي مخاطي تنفسي از بلعوم الي قصبات موجود است بوجود مي آيد .

تنبهات از طريق آخذه هاي سرفه به شعبات حسي عصب Trigeminal- عصب Glosspharyngeal و عصب حنجروي علوي به عصب Vagus رسيده و از طريق آنها به مرکز سرفه که در بصله قرار دارد ميرسد . از آنجا سياله توسط اعصاب حرکي مانند عصب راجع که وظيفه بسته نمودن Glute را بعهده دارد رسيده سرفه توليد ميگردد قسمي که در شروع شهيق عميق صورت گرفته بعدا Glute بسته شده و سبب بلندي رفتن فشار داخل صدر و طرق هواي ميگردد . تفاوت بين فشار اتموسفير و فشار داخل طرق تنفسي Glute را به شدت باز مي نمايد .

اين تفاوت فشار جريان هوا را در داخل شزن سبب شده که داراي شدت زياد بوده مخاط و اجسام اجنبي را که در داخل شزن و قصبات موجود اند با توليد صداي مخصوص سرفه خارج مي نمايند(۳)

اسباب سرفه Etiology of cough (۳ , ٤):

سرفه از سبب تنبيه آخذه هاي مخصوص که از شزن الي قصبات کوچك قرار دارند

بوجود مي آيند، ندرتا" از سبب تنبهات که از پلورايي جداري منشه ميگيرد نيز بوجود مي آيد مثلا" در Dry Pleurisy (التهاب خشك پلورا) و يا هنگام بذل پلورا Pleuraltap (کشيدن مايع از جوف پلورا توسط سوزن) .

تنبهات که تخريش غشاي مخاطي طرق تنفسي را سبب ميشود و سرفه را بوجود مي آورد قرار ذيل ميباشد .

۱-تنبهات التهابي Inflamatory Stemoli:

التهاب طرق تنفسي سبب توليد اذيما، احتقاق،و Exudate (مايع حاوي مقدار زياد پروتين ،مکروارگنيزم و Leukocyte ميباشد) در طرق تنفسي ميگردد ،سرفه راتوليد ميکند . اين التهابات ميتواند منشه طرق هوايي داشته باشد مثلا" التهاب حنجره(Laryngitis) ،التهاب شزن(Trachitis) التهاب قصبات (Bronchitis)و يا منشه سنخي داشته مانند Pneumonia(سينه بغل)، ابسي ريوي (Lung Absces)و غيره .

۲-تنبهات ميخانيکي Mechanical Stemulies: اين تنبهات بصورت ميخانيکي از طريق داخل و يا خارج طرق تنفسي سبب تنبه عکسه سرفه گرديده و در نتيجه سرفه بوجودمي آيد . تنبهات داخلي از سبب انشاق گرد وخاك، کانسر قصبات، و اجسام اجنبي ميباشد . تنبهات خارجي که از خارج بالاي قصبات فشار آورده سبب توليد سرفه گردد عبارت اند از تومور ها ،انيوريزم ابهر، نيوپلازم ريوي و غيره ميباشد .

۳-تنبهات کيمياوي Chemical stemulies: مثلا" انشاق گازات مخرش و غيره .

٤-تنبهات حرارتي Thermal stemalies: مثلا"موجه شدن به هواي سرد و يا گرم .

انواع سرفه Kinds of cough:

۱-سرفه که از سبب تجمع افرازات در خلف بلعوم، داخل حنجره و شزن بوجود مي آيد اسباب اين قسم سرفه ازPharyngitis(التهاب بلعوم)، Sinositis (التهاب جيوب ها)و Rhinitis (التهاب انف) بوجود مي آيد. اين قسم سرفه عموما" بصورت دايمي بوده و بعضا" اشتيدادي ميباشد.

۲- سرفه هاي كه از حنجره منشه گرفته وصف خشن داشته و دردناك ميباشد مثلا" در التهاب حنجره در صورت كه فلج حبول صوتي موجود باشد مخصوصا" در فلج عصب حنجروي راجع سرفه وصف خشن بودن خود را از دست داده و مريض حالت Stridor (خفه شدن تنفس) را بخود گرفته و در مريض يك قسم سرفه كه بنام Bovinecough ياد ميگردد ديده ميشود. اين قسم سرفه در سياه سرفه، درانسداد قسمي شزن و حنجره ديده ميشود

۳- سرفه هاي كه از شزن منشه ميگرد. اين قسم سرفه در التهاب شزن بوجود مي آيد كه در ابتدا خشك و دردناك بوده بعدا" درد تخفيف گرديده و با افرازات توأم ميگردد. در صورتيكه شزن توسط يك تومور مسدود گرديده باشد سرفه دوامداربوده و خفه كننده ميباشد. مريضان در هنگام سرفه شديدا" سيانوتيك گرديده و حتي هنگام حملات اشتدادي سرفه بي هوش ميگردد.

سرفه هاي Chronic bronchitis (برانشيت مزمن) تمايل به توليد حملات اشتدادي داشته با بغلم همراه ميباشد.

بصورت عموم سرفه دو نوع است سرفه خشك يا Non productive يا بدون بلغم و سرفه توأم با بلغم يا سرفه مرطوب ياProductive ميباشد.

سرفه هاي خشك وقتي ايجاد ميشود كه غشاي مخاطي حنجره، شزن وقصبات

احتقاني بوده و داراي مقدار کم Exudateو یا بدون Exudate میباشد مثلا" در مراحل ابتدايي انتانات طرق تنفسي ، به تعقیب انشاق گازات مخرش، تنباکو،گرد و خاك و غیره سرفه هاي که با تقشع همراه است موجودیت Exdute را نشان میدهد مثلا" در Chronic bronchitis در Bronchial Asithma (استمایي قصبي) سرفه بصورت حملات اشتدادي بوده با عسرت تنفس و Wheeze همرا میباشد در کانسر قصبات سرفه خشك و متکرر بوده و زمانیکه قصبه توسط تومور مسدود گردیده و انتان به آن ضمیمه شد سرفه تشدید گردیده و مرطوب میشود .

زمان پیدایش سرفه نیز داراي اهمیت خاص میباشد مثلا" در مریضان (Chronic Bronchitis و کانسر قصبات) سرفه عموما" از طرف صبح زیاد میباشد اما در مریضان قلبي هنگام استراحت سرفه زیاد بوده که حتي سبب بر خاستن مریض از خواب میگردد . این سرفه از سبب احتقاق ریوي بوجود مي آید . سرفه با وجود اینکه از جمله عکس العمل هایي مدافعوي عضویت است اما بعضا" سبب اختلاطات شده میتواند که اختلاطات آن عبارت است از استفراقات، Pneumo thorax (موجودیت هوا در جوف صدر) Syn cope و کسور اضلاع میباشند .

۲- تقشع یا بلغم Sputum:

عبارت از موادیست که توسط سرفه از طرق تنفسي خارج میگردد که شامل ،قیح، خون و مکرورگنیزم و بقاي حجروي میباشد . امراض که درآن مقدار تقشع زیاد است عبارت از توبرکلوز ریوي، توسع قصبات (Bronchectasis) ابسي ریوي ، Pneumonia, Chronic bronchitis میباشد، در توبرکلوز بلغم قیحي و با خون همرا میباشد . بلغم را باید از نظر رنگ، بوي و لزوجیت آن مطالعه نمائیم . قرار حکایه مریضان بصورت تخمیني باید مقدار بلغم را تعین نمائیم و بصورت دقیق باید بلغم ۲٤ ساعته جمع آوري گردیده مقدار بلغم معلوم میگردد .

در ابسي ريوي بلغم چركين و بسيار بوي خراب داشته كه حتي داخل شدن به اطاق مريض از بد بوئي نا ممكن ميشود .

اگربلغم مريض مصاب Bronchectasisدر بين يك سلندر جمع آوري گردد از پائين به بالا سه طبقه را تشكيل ميدهد .

۱- طبقه رسوبي (Dense)

۲-طبقه مايع (Fluid)

۳-طبقه كف (Foam)

در Acute bronchitis مقدار بلغم كم بوده و به مشكل خارج ميگردد .

كركتر بلغم Charactor of sputum:

از نظر كركتر بلغم به اشكال ذيل وجود دارد .

۱- بلغم مخاطي Mucoid: درمريضان Asthma قصبي كه انتان تالي به آن ضميمه نشده باشد به ملاحظه ميرسد . رنگ سفيد و شفاف داشته و نهايت چسپناك ميباشد .

۲- بلغم قيحي مخاطي Mucopurulants: در Bronchitis كه انتان تالي به آن علاوه شده باشد و همچنان در ديگر انتانات طرق تنفسي ديده ميشود . سبز رنگ بوده و نظر به بلغم مخاطي كمتر چسپناك ميباشد .

۳- بلغم قيحي Purulant sputum: در تمام انتانات طرق تنفسي موجود بوده مثلا" درتوسع قصبات، ابسي ريه، وغيره رنگ اين نوع بلغم زرد بوده و نظر به دو نوع فوق الذكر كمتر چسپناك ميباشد .

٤-بلغم سيروزي Serouse Sputum: بصورت مايع شفاف و كف مانند ممكن داراي رنگ گلابي باشد . اين نوع بلغم در مريضان اذيماي حادريه (Acute pulmonar-yedema)ديده ميشود . اين مريضان مقدار زياد اين نوع بلغم را خارج مي نمايند . نادرا"

میباشد .

فهمیدن اساسات داخله (Semiology) براي دانستن تمام شعبات طب اهمیت درجه اول را دارد .

تدریس طب داخله اهداف ذیل را در بر دارند (۲)

۱-مطالعه تحقیقات کلنیکي مریض (Semiology)

۲-مطالعه تظاهرات کلنیکي امراض مختلف اعضاي وجود و میخانیکیت انکشاف آنها .

۳-مطالعه میتود هاي تحقیقي و تداوي امراض .

٤- تحلیل و تدقیق صحي معلومات جمع شده براي تشخیص درست .

۵- یاد نمودن تجارب تحقیقاتي و تداوي امراض .

در صورت انتخاب مسلك مقدس طبابت محصلین صنف سوم باید ارتباط مریض با طبیب، وظایف و مسولیت هاي داکتر که بنام Deontology طبي یاد گردیده بدانند، که Deosیك کلمه یوناني به معني وظیفه (وظیفه اخلاقي طبابت) میباشد .

مسلك طبابت در هر جا و هر وقت یك مسلك بشر دوستانه Humonis نجیب، و پر از مسولیت شمرده شده است زیرا که این مسلك زندگي و حیات مردم را حفاظت نموده و مردم را از عذاب درد و تکالیف رها مي نمایند .

مسلك طبابت یك قهرماني عظیم و از خود گذري میباشد، و نیز پاکي دل و روح یگانه آرزوي طبابت است مسلك طبابت میخواهد که طبیب باید با مریض دلسوزي، صله رحمي داشته و مریض را از درد نجات بدهد، مسلك طبابت یك کار طاقت فرسا بوده یعني طبیب باید شب ها بیدار خوابي، اجرا نمودن کار هاي عملي،متحمل شدن تکالیف و در وقت ضرورت به کمك مریض بشتابد .

میدانیم که مسلك طبابت پر کاري زیاد را در بر دارد ، پس محصل طب باید براي

در مریضان مصاب Carcinoma قصبي نيز ديده ميشوند . اين نوع بلغم آبگين بوده و بعضا"كمي لزوج ميباشد .

۳-نفس الدم Heamoptysis:

عبارت از خارج شدن خون از سستم تنفسي توسط سرفه ميباشد و خون كه از بيني (Epistaxis) مي آيد در نفس الدم شامل نيست (۲)

اسباب نفس الدم : (۲-۱)

۱- اسباب التهابي Inflamatory causes:- مانند توبركلوز ريوي، Pneumonia, Chronicbranchitis,Acute bronchitis

۲-اسباب نيو پلاستيك:- مانند Carcinoma قصبي و Adenoma قصبي .

۳-اسباب قلبي و عايي:- مانند تضيق دسام مترال، عدم كفايه بطن چپ،امبولي ريوي، فرط فشار شريان ريوي و غيزه .

٤- اسباب ترضيضي (Traumatic):- مانند ترضيضات ريه، اجسام اجنيبي و غيره .

٥-اسباب نذفي Heamorrhagic:-مانند امراض خون تداوي با ادويه ضد تحشر خون .

انواع و درجه نفس الدم (٦)

۱- Frank Heamoptysis (نفس الدم واضح): كه محتواي آن خالص خون باشد و در توسع قصبات، احتشاي ريه ، TB ريوي و تضيق دسام مترال ديده ميشوند .

۲- Blood Staindsputum (بلغم خون الود): در اين قسم خون با

بلغم مخلوط میباشد و زیاده تر در کارسینومای قصبي دیده میشود .

۳- Blood Streak Sputum (بلغم حادي رگ هاي خون): درین صورت خون در بلغم به شکل رگ ها توضع داشته و زیاتر در برانشیت مزمن وکارسینوماي قصبي دیده میشود .

٤- Rusty Sputum (بلغم زنگ زده): که از باعث تخریب هیموگلوبین بلغم رنگ سرخ خشتي را بخود گرفته و در نمونیا که عامل آن نوموکوك میباشد دیده میشود .

فرق بین Heamatemesis و Heamoptesis (۲-۱) :

قي الدم (Heamatemesis) عبارت از خارج شدن خون از طریق هضمي با استفراق میباشد .

درنفس الدم خون عموما" در ابتدا سرخ روشن بوده و بعدا" سرخ تاریك میشود و عموما" توسط سرفه خارج میگردد ،بعضا" با تقشع مخلوط بوده ، حاوي لوکوسیت ها Micro Organism میباشد، منظره کف مانند داشته و داراي تعامل قلوي میباشد و مریض عموما"در سابقه خود از افات طرق تنفسي شاکي میباشند . در قي الدم (Heamatemisis) خون داراي رنگ سرخ تاریك بوده عموما" توسط استفراق خارج میگردد وحاوي پارچه هاي غذایي بوده داراي تعامل اسیدي میباشد .

و عموما" مریضان از افات طرق هضمي مثل قرحات Peptic، قرحه معده ،افات مزمن کبدي شاکي میباشد وایشان اکثرا" Anemic اند ۸-٦

۴ــ درد صدر Chest Pain:

پلوراي حشوي و پرانشیم ریوي در مقابل تنبهات درد حساس نمیباشد، پس در افات التهابي پراشیم ریوي مریضان درداحساس نمیکنند و بعضا"فقط بصورت یك گرفتگي

مخصوص صدري از طرف مريض شكايت ميشود ، اما زمانيكه پلوراي جداري ماوف گردد مريضان درد شديد احساس ميكند . هم چنان در افات طرق هواي تنفسي درد صدري موجود ميباشد .

درد صدري اقسام ذيل را دارا ميباشند (١ ، ٢ ، ٦):

١- دردهاي قسمت علوي عظم قص:- بصورت عموم يك درد سوزنده در قسمت علوي و خلف عظم قص احساس ميشود كه معمولا" در التهاب شزن بوجود آمده با سرفه تحريك ميگردد . هنگام كه سرفه با تقشع همراه شود درد از بين ميرود . همچنان بعضي وقت اين درد موقعيت Retro sternal داشته و وصف Tearing را دارد كه با سرفه تحريك وتشديد ميگرددكه بنام درد مركزي Retrosternal ياد گرديده وعلت معمول آن طوريكه فوقا"ذكر گرديده التهاب شزن ميباشد .

٢-نا آرامي صدري مركزي Central Discomfort:- درد هاي مذكور زياد تر در افات منصفي احساس ميشود مثلا" در تمور هاي منصف و التهاب منصف . دردوصف فشار دهنده داشته و ممكن است بطرف شانه و عنق انتشار نمايد .

٣- درد دوامدار و ثابت صدر:- اين درد با تنفس ارتباط نداشته و توسط تمور جدار صدر و يا تمور هاي متاستاتيك اضلاع و فقرات كه اعصاب بين الضلعي تحت فشار خويش گرفته باشد بميان ميآيد .

٤-دردهاي پلوراي و پرانشيم ريوي:- ازسبب تخريش پلوراي جداري كه در التهاب حاد آن بوجود مي آيد . مريضان درد شديد داشته و وصف پاره كننده دارد با سرفه، عطسه، و شهيق عميق شدت كسب مي نمايد .

درد هاي پلورايي عموما" موضعي بوده و به يك طرف صدر موقعيت داشته ميباشد . وقتيكه در جوف پلورا مايع جمع شوداز شدت درد كاسته شده ميرود . در التهاب

پلورا و Pneumothorax نیز درد احساس میشود . درد پلوراي از کشش و التهاب پلوراي جداري بمیان آمده درآخر شهیق زیادت کسب مي نماید که مریض براي کمبود درد تنفس سطحي (Shallow breath) مینماید . اگر درد در قدام سینه و در قسمت علوي شانه ها موجود میباشد به Diaphragmatic Pleurisyارتباط دارد امراض پرانشیم ریوي که سبب درد صدر میشود عبارت از نمونیا Pneumenia، امبولي ریوي،TB ریوي وافات خبیثه میباشد .

علاوه از امراض پلورا وپرانشیم ریوي امراض دیگر مثل احتشاي قلب سبب درد هاي صدر میگردد .که درین حالت درد در خلف عظم قص موجود بوده و بطرف چپ بازو دست چپ انتشار مي نمایند . همچنان فرط فشارشریان ریوي نیز سبب درد صدري میگردد . افات هضمي که سبب درد صدري میگردد عبارت از سپارم مري ،فتق حجاب حاجزي و التهاب مري میباشد . Plural Friction-Rub براي پلوریزي یك علامه مهم فزیکي است که از اضطکاك هردو پلورا که توسط Exodateفبرین پوشانیده میباشدبمیان مي آید وقتیکه مایع پلورا تشکیل شد این علامه از بین رفته زیرا که هردو پلورادر وقت تنفس یکي بدیگراصطکاك نمي نماید و نیز درد کم میشود .بصورت عموم در صورت موجودیت درد صدري موقعیت درد ، شدت، انتشار، مدت دوام، و ارتباط آن با سرفه، عطسه و حرکات ستون فقرات مد نظر باشند .

۵-نفس تنگي (عسرت تنفس) Dyspnia: عبارت از مشکلات فعل تنفس و یا تنفس نا راحت کننده میباشد که از طرف مریض شکایت میشود .

میکانیزم تولید عسرت تنفس: مرکز تنفس در بصله قرار داشته که حرکات تنفسي بصورت نارمل توسط آن کنترول میگردد . این مرکز توسط فکتور هاي ذیل تنبیه میگردد .

۱-فکتور هاي موضعي Local Factores: تغیر فشار کاربن داي

اكساید خون، PH خون و تغیر درجه حرارت Hypothalamus را بصورت موضعي تنبیه نموده و از آنجا مستقیما" مرکز تنفس تنبیه میگردد .

۲-فکتور هاي عمومي General Factores:

a- Hypoxiemiaو Hypercapnia از طریق آخذه هاي که در شریان ثباتي و ابهر موجود است مرکز تنفس را تنبیه مي نمایند .

b-اخذه هاي که در ریتان قرار داردJuxta capilary receptor از طریق عصب Vagus و دیگر اعصاب که حجاب حاجز و جدار صدر را تعصیب نموده اند مرکز تنفس را تنبیه مي نمایند .

عوامل که سبب عسرت تنفس میگردد (٦ – ٩)

۱-عسرت تنفس که با Tachy Pnea توأم است : انسدادطرق هواي کم شدن قدرت ارتجاعي ریه، محدودیت توسع صدر تماما" باعث ازدیاد کار تنفسي گردیده و عسرت تنفس را بوجود مي آورد . انسداد طرق هوایي مانند افات انسدادحنجره، شزن، قصبات، استمایي قصبي و برانشیت مزمن میباشد .

حالاتیکه باعث کم شدن ارتجاعیت ریه میگردد عبارت از Pneumothorax انصباب پلورا (Pleural Effusion) و ضخامه پلورا مي باشند . همچنان عسرت تنفس در نتیجه محدودیت توسع صدر در مریضان که مصاب درد شدیدپلورایي و Kyphoscole-osis اند بوجود مي آید .

۲- عسرت تنفس که با ازدیاد تهویه ریوي توأم است: مانند Hypox-iemia شدید، Metabolicacidosis ، امبولي کتلوي ریوي .

۳- عسرت تنفس که با ضعیفي عضلات تنفسي توأم است : مانند افات عصبي عقلي که در جروحات قسمت علوي نخاع شوکي دیده میشود مانند Poliomyali-

tis که سبب فلج قسمي و يا تام عضلات تنفسي گرديده عسرت تنفس را بوجود مي آورد .
در بعضي مواقع يك فكتور بصورت واحد سبب عسرت تنفس نشده بلكه چندين عوامل در ظهور آن رول دارد مثلا" در مراحل ابتدايي Pneumonia عسرت تنفس از سبب محدوديت توسع صدر كه بواسطه درد پلورايي بوجود مي آيد اما در مراحل بعدي از سبب تكاشف وشيع ريوي (Wide Consolidation) عسرت تنفس بوجود مي آيد كه علت آنرا كاهش Elastisity نسج ريوي و تزايد تهويه ريوي از Hypoxiemia تشكيل ميدهد .

اشكال سريري عسرت تنفس

۱-عسرت تنفس اشتدادي Paroxysmal dyspnea: اين نوع عسرت تنفس آني پيدا شده و بسيار شديد ميباشد . در انسداد شزن، قصبات اجسام اجنبي، استما قصبي، عدم كفايه قلب چپ در امبوليزم ريوي بوجود مي آيد(٦)

۲- عسرت تنفس جهدي Exer tional dyspnea: اين نوع تنفس در اثناي فعاليت فزيكي به مريض عايد ميگردد . اسباب آن معمولا"افات قلبي و افات مزمن ريوي ميباشد . همچنان در كم خوني ها و اشخاص چاق نيز ديده ميشود(۹)

عسرت تنفس بايد از Hyper apnea فرق شود كه درين حالت عمق و حجم تنفس زياد گرديده و كدام احساس غير نورمال موجود نميباشد . اما در Tachypnea تعداد تنفس اضافه ميشود .

در Bradypnea حركات تنفس بصورت عير نورمال بطي گرديده كه انحطاط مركز تنفسي و تمور ها اسباب آنرا تشكيل ميدهد . عسرت تنفس در حالات زجرت روحي نيز (Anxiety) ديده شود .

عسرت تنفس جهدي از نظر درجه فعاليت مريض به ٥ درجه تقسيم شده اند(٦-٩)

۱-Dysprea درجه يك:- كه مريضان عسرت تنفس خفيف با فعاليت فزيكي

شدید داشته باشند و یا امکان داردکه از طرف مریضي هیچ شکایت نشود .

۲- Dyspnea درجه دوم: درین قسم عسرت تنفس زماني که مریض در بلندي بالا میرود عسرت تنفس نزدش تولید میگردد .

۳-Dyspneaدرجه سوم: زماني عايد میگردد که مریض در جاي هموار به سرعت قدم بزند .

٤-Dyspneaدرجه چهارم: زماني عايد میگرددکه مریض در سطح هموار زیادتر از ۱۰۰متر قدم بزند .

۵-درین حالت با فعالیت هاي عادي روزمره مثلا" لباس پوشیدن، راه رفتن با مسافه کمتر از صد متر عسرت تنفس عايد گردد .

۶-Wheeze :عبارت از صداي Musical است که از سبب عبور هوا از بین قصبات کوچك که قطر شان از باعث عوامل پتالوژیك متضیق شده باشد بوجود میآید . گرچه زیادتر با معاینه فزیکي شنیده میشود اما گاهي بصورت عرض از مریض شکایات میشود . Wheeze در هنگام شهیق و ذفیر شنیده میشود .اما در اثناي ذفیر بلند تر به گوش میرسد هر قدر تنفس سریع باشد به همان اندازه واضح تر شنیده میشود . مریضان Bronchial Astthma وChoric Bronchitis زیادتر از Wheeze شاکي میباشد (۱ ـ ۲) . Wheezeباید از Striodor تفریق گردداین آواز از اثر انسداد قسمي قصبات بزرگ بواسطه جسم اجنبي و تومور ها بوجود مي آید . و در زمان شهیق بلند تر به گوش میرسد .

۷-Cyanosis سیانوزس:- زمانیکه مقدار هیموگلوبین ارجاع شده در خون به پنج گرام فیصد برسد سیانوزس بمیان مي آید . درین حالت ناخن ها ، لب ها ، زبان، نوك انف، غشاي مخاطي دهن رنگ آبي یا بنفش بخود میگیرد سیانوزس به دو نوع است(۱ ـ ۲

۱- سیانوزس محیطي Peripheral cyanosis:-

که از سبب Vasoconstriction و دیگراسباب که سبب رکودت خون در اوعیه ها گردد بمیان مي آید. مثلاً

a- مواجه شدن به هوای سرد.

b- احتقان وریدي از سبب فشار موضعی مثلاً ترومبوزوریدهای عمیق.

c- ازدیاد تنبیه vasomotor مثلاً Raynoud's Disease

۲- سیانوز مرکزي:- زمانیکه خون شریاني و وریدي مخلوط گردد ویا از سبب امراض شش در Diffusion اکسیجن تنقیص بعمل آید بمیان می آید اسباب آن قرار ذیل اند.

۱- اسباب قلبی سیانوز مرکزی:-

a- Fallot's Tetralogy

b- Lutum bacher's diseas : که در مرحله آخر سبب سیانوز میگردد.

۲- اسباب شش:

a- Consolidaution (Pneumonia)

b- فایبروزس

c- Corpulmonale

۳- اسباب دیگر:

a - زندگي در ارتفاعات بلند که دراین حالت فشار قسمي O2 در اسناخ تنقیص مي یابد.

b-انسدات طرق هواي تنفسي

Shock -c که سبب کولپس Vasomotore و رکودت خون میگردد .

d-عدم کفایه قلب راست: که از سبب ازدیاد فشار وریدي رکودت خون سیانوزس بمیان مي آید .

٤- امراض خون:

Meth Hemoglubinemia-a

Self Hemoglubinemia-b

فرق بین سیانوزس مرکزي و محیطي در جدول ذیل ذکر شده است (١-٢)

سیانوزس محیطي	سیانوزس مرکزي
١-از سبب یخ بوجود مي آید .	١-از سبب امراض قلبي و شش بمیان مي آید .
٢-نواحي مربوط سرد میباشد .	٢-نواحي مربوط گرم میباشد .
٣-توسط گرم نمودن از بین میرود .	٣-توسط گرم نمودن تغیر نمیکند .
٤-دست ها یخ میباشد .	٤-دست ها گرم میباشد .

Digital Clubbing-8

در Clubbing انگشت ها انساج قاعدوی ناخن ها ضخیم وزاویه قاعدوی ناخن ها باجلد مربوط مغشوش میگردد . از نگاسریری دارای سه Stage میباشد (۲-۱)

Stage اول :- درین مرحله از اثر اذیمای انساج رخوه قاعده ناخن زاویه نارمل که بین ناخن وجلد انگشت موجود است وبنام Lovibaund angle یاد میشود از بین میرود .

Stage دوم : درین مرحله نسبت موجودیت مایع در قاعده ناخن یك تموج (Flactuation) جس میگردد . در وقت معاینه توسط نهایات هردو انگشت Indix بالای وجه ظهری انگشت مریض فشار وارد میکنیم که در صورت موجودیت مایع تموج جس میگردد . (۱)

Stage سوم : - درین مرحله از سبب از دیاد مایع وانساج رخوه انحنایی ناخن زیادشده وناخن منظره چوب دهل(Drum Stick)بخود میگیرد ومیخانیکیت پیدا یش Clubbing تابحال معلوم نبوده لاکن Hypoxiemia ، ازدیاد مایع بین الخلالی وتوسع او عیه شعریوی را دربوجود آوردن آن ذید خل میدانند .

اسباب Clubbing

۱-اسباب کسبی (Aquired)

A اسباب کسبی در شش ها

1- Branchoginic carcinama.

2- Bronchectasis.

3- Absces ریوی .

4- Fibrosing Alveolit

یاد نمودن موضوعات آماده باشد که در آینده اجراي آنها به او ارتباط دارد .

موفقیت در تداوي مریض به Authority خوب طبیب ارتباط داشته و Au-thority تنها به جانفشاني ارتباط نداشته بلکه به دانائي زیاد نیز ارتباط دارد .

طبیب خوب باید به تمام مسایل دأنا بوده و همیشه کتاب هاي نو،مجلات به ارتباط مسلك خویش مطالعه نموده و درکنفراس ها و مجالس طبي اشتراك نمایند .

یك طبیب باید در وقت حساس به گفتار محصلین گوش نهاده و حقایق را بشنود و اطمینان و اراده خویش را هیچ وقت از دست ندهد، هم چنان در امراض عاجل در حین تداوي به مریض تلقین شفا را بدهد ونیز اعتماد را به پرسونل خویش انتقال بدهد .

اطمینان قوي داکترباید به دانایي و تجربه زیاد استوار بوده وبه حس خود خواهي ارتباط نداشته باشد .

وضع ظاهري داکتر با مریضان در شفاخانه باید بسیار خوب بوده ، زیرا که وضع و سلوك ظاهري بد با مریض عواقب نا مطلوب را بار مي آورد .

گپ زدن بلند در اطاق هاي مریضان، خنده نمودن سبب ناراحتي مریضان شده و اسباب گریختن مریضان را از شفاخانه فراهم میسازد . در وقت کار عملي باید محصلین شور و غوغا نکرده و همیشه کوشش شود که مریض از شفاخانه در حالت خوشحالي مرخص گردد . به توصیه داکتر مریض متوجه و پابند باشد اما اگر داکتر در باره سگرت منع سگرت کشیدن توصیه مینماید و خودش در روي مریض سگرت میکشد، توصیه اش بي تاثیر میباشد . میدانیم که Authority داکتر در مقابل مریض مربوط به سلوك و پیش آمد او میباشد اگر در باره مریض داکتر بي تفاوت باشد اعتماد خود را از دست داده و در نتیجه سبب پیشرفت مرض میگردد . اگر داکتر در نزد مریض قابل احترام و داراي Authority خوب باشد سبب شفاء مریض شده و نتیجه تداوي آن مثبت میباشد . در وقت Visit مریض باید داکتربا مریض همدرد بوده و در باره شکایات آن پرسان هاي مفصلي را ایراد نماید و به

Empyema - 5

B - اسباب درقلبی:

۱- امراض سیانوتیك قلبي

Subacute bacterial Endo Carditis -2.

C-اسباب کسبی درسیستم هضمي

۱- مریضي Crhon,s

Ulcerative colitis -2.

۳-مریضی سوء امتصاص .

D- اسباب کسبی در جگر:

۱- سیروز صفراوی

E -فامیلی :

شاید Clrbbing منشه فامیلی داشته باشد .

Idiopathic - F:

بعضی وقت برای Clubbing هیچ دلیل پیدا شده نمیتواند .

معاینه فزیکی مریضان مصابه امراض تنفسی

تفتیش (Inspection) :- درحین تفتیش صدر باید نقاط ذیل در نظر گرفته شوند . مریض باید تاحد امکان برهنه گردد . بهتر است مریض بحالت نشسته قرار گرفته ، در صورتیکه نشسته نتواند به وضعیت خوابیده معاینه گردد . روشنی اطاق که دران مریض معاینه میگردد باید کافی بوده وهوای اطاق مناسب باشد . فضای اطاق باید آرام بوده تاسبب ناراحتی مریض نگردد .

تفتیش صدراز قدام ، خلف وجوانب از بالا به پائین صورت گیرد . باید هر دو طرف بصورت مقا یسوی تفتیش گردد .

در موقع تفتیش صدر یك تعداد خطوط ونقاط توپوگرافیك Topographic که از نقطه نظر کلینکی اهمیت خاص دارد توجه گردد (1-2)

برامدگی قبه عظم قص که باجسم ان میسازد زاویه رابوجود می آورد که بنام زاویه Louis. یاد میگردد واین برامدگی به مسافه دوم بین الضلعی توافق دارد .

خطوط توپوگرافیك صدر که از بالا بپائین موقعیت داشته وباهم موازی اند که توسط این خطوط ونقاط موقعیت افات ساختمان ها رابخوبی میدانند این خطوط قرار ذیل اند (1-2) .

۱- خط متوسط قصی (Med Sternal line) که از قسمت متوسط عظم قص میگذرد .

۲- خط متوسط ترقوی (Med clavicalar line) که از قسمت متوسط عظم ترقره میگذرد.

3 - Anterior Axillary Line (خط ابطیُ قدامی) که از حافه قدامي جوف ابط میگذرد .

4 - Med axillary line یا خط ابطی متوسط که از قسمت متوسط جوف ابط میگذرد .

۵ - خط ابطی خلفی Posterior axillary Line : که از حافه خلقی جوف ابط میگذرد .

در وقت تعین نمودن این خطوي باید شانه زیاد تر از ۹۰ درجه تیله نگردد زیرا که حرکت شانه بطرف قدام یاخلف موقعیت اصلی خطوط را تغیر می نماید .

۶ - خط شوکی Spinal Line:خطی است که از بالای نتوات شوکی فقرات میگذرد

۷ - خطوط راست وچپ کتفی : خطوطي اند که از زاویه سفلی کتف شروع بطرف

پائین موازی به Spinal line امتداد دارند . در وقت تعین خطوط کتفی دست های مریض بطرف پائین اویزان باشند .

درهر دوطرف Apex های شش یك ونیم انچ بالا تر از ترقره موقعیت دارند . طرف راست صدر در قدام توسط فص علوی اکثرا احتوا گردیده است . در هر دو طرف قسمت قدام صدر کم قسمت فص های سفلی در حصص قدامی جبني وسفلی موقعیت دارند .

برعکس قسمت خلفی صدر توسط فص های سفلی ویك قسمت کم علوی توسط فص های علوی اشغال گردیده است . قبه حجاب حاجز طرف راست نسبت به قبه حجاب حاجز طرف چپ در حالت نور مال یك ونیم انچ بالا تر واقع است .

درحین تفتیش صدر باید نکات ذیل در نظر گرفته شوند .

۱ - شکل صدر . ۲ - تناظر صدر . ۳ - تحرکیت صدر . ٤ - تایپ تنفس ۵ ,- موقعیت شزن Supraclavicular Fossa. -.6

۷-مسافات بین الضلعی 8.- Pegmentation ، ندبه و Rash درجدار صدر ۹ ,- درجدار صدر موجودیت apex beat ودیگر نبضان ها .

۱- شکل صدر :- در حالت نارمل صدر شکل بیضوی داشته وقطر قدامی خلفی نسبت به قطر مستعرض کمتر میباشد یعنی در بین این اقطار یك تناسب ۵/۳ موجود است بصورت عموم صدر به دوشکل است

Asthenic Chest -a : این قسم صدر باریك وطویل است ونزد اشخاص لاغر وقد بلند (Ectomorphic) دیده میشود این قسم صدر درسند روم Marfan دیده میشود .

Sthenitic chest -b : این قسم صدر کوتا ووسیع بوده این قسم صدر در مردمان که قدکوتاه (mesomorphic) داشته باشد دیده میشود .

اشکال پتالوژیک صدر (2-1)

Barrel Shape chest -1 (صدر بیرل مانند) : -

درین قسم صدر قطر قدامی خلفی باقطر مستعرض مساوی ویا قطر قدامی خلفی از قطر مستعرض کلان گردیده وزاویه Leuis برجسته میگردد . این قسم صدر در مریضان Emphysema دیده میشود . (۲)

۲- صدر کبوتر مانند Pigon Shape chest : درین قسم صدر عظم قص یك برامدگی نشان داده وصدر به شکل سینه کبوتر به شکل مثلثی معلوم میگردد این قسم صدر در Juvinil Recket وانتانات متکرر تنفسی دیده شود (۱)

Funnel Shape Chest-۳: درین قسم صدر قسمت سفلی عظم قص یك فرور فتگی نشان میدهد ودر نزد بوت دوزها بصورت کسبی دیده میشود وبعضا بصورت ولادی نیز مو جود شده میتواند .

Richetic Shap -4 : درین شکل صدر درقسمت مفاصل Costo Chondral تبارزات بنام Rickitic Rosary (دانه های تسبیح) موجود میباشد .

همچنان به امتداد حجاب حاجز یك فیرورفتگی که از xyphoid ster-num الی خط متوسط ابطی امتداد دارد وبنام Harrison sulcos یاد میشود وجود دارد .

سوء شکل ستون فقرات

سوء شکل ستون فقرات قرار ذیل اند :

1- Scoliosis : - که درین حالت ستون فقرات به یك جانب انحنا داشته میباشد .

2- Kyphosis :- درین سوء شکل ستون فقرات بطرف خلف برامدگی نشان میدهد .

3- Kypho Scoliosis:- این سوء شکل ستون فقرات ازاشتراك دوشکل فوق بمیان می اید .

4- Lardo sis : درین سوء شکل ستون فقرات بطرف قدام انحنا داشته میباشد .

۲- تناظر صدر

صدر درحالت نارمل متناظر بوده اما در حالت مرضی میتواند که برامدگی (Bulging) ویا فرورفتگی (Retraction) داشته باشند .

Bulging درحالت ذیل دیده میشود (2-1):

Massive Cardiomegaly Kyphosis , pneumothorax , pleural Effusion. Intra Thoracic Tumure,

فرورفتگی Retruction صدر در Collaps ریه ، Fibrose ریه ضخامه پلورا وعملیات های Thoracoplasty دیده میشود .

۳- تحرکیت وتوسع صدر :- درحالت نورمال هر دوطرف صدر بصورت مساویانه درفعل تنفس اشتراك میکند برای تعین اتساع صدر داشتن فیته ضروری میباشد .

برای تعین اتساع صدر عدد صفر فیته راب‌الای قسمت متوسط عظم قص قرارداده وفیته را در مردها از بالای حلیمه شدیه ودر خانم ها پائین تر از شدیه عبور میدهمیم بعدا از مریض خواهش میشود که شهیق عمیق وذفیر جبری را اجرا نماید ودر هر دو صورت اتساع

صدر را اندازه شده که در حالت نارمل 5-8cm میباشد در امفزیمای ریوی این تفاوت به یک سانتی متر ویاکمتر ازآن میرسد . همچنان در انصباب پلورا Consolidation Fibrose , Pneumothorax ریه وتمور های داخل صدر این تفاوت کم میگردد

. تحرکیت صدر از قدام به خلف معاینه گردیده ودرحین معاینه داکتر باید بطرف پاهای مریض استاده شده وتحریك صدر را مشاهده نماید که بصورت مساوی ومتناظر حرکت میکند ویا خیر ؟ دربسیاری امراض یك قسمت یا یك طرف سینه نظر بطرف دیگر کمتر حرکت می نماید . همچنان طبیب باید تعداد تنفس دریك دقیقه وتایپ ان در نظر داشته باشد . تعداد نورمال تنفس في دقیقه از ۱۸ - ۲۰ میباشد .

همچنان ریتم Rhythem تنفس در نظر بوده که منظم است ویا غیر منظم . باید ذکر گردد که دربین تعداد تنفس ونبض نسبت ۱:٤ میباشد

4- Type of respiration :

درحالت نارمل شهیق یك عمل فعال بوده وتوسط عضلات بین الضلعی وحجاب حاجز صورت میگرد . در حالیکه زفیر یك عمل منفعل بوده از باعث ارجاع دوباره والا ستیکیت ریه هابطرف سره بوجود می اید .

در نزد خانم ها در اثنایی فعل تنفس بیشر عضلات بین الضلعی نسبت به حجاب حاجز در تنفس اشتراك میکند وتنفس زیاد تر به شکل صدری میباشد ، برعکس در نزد مردها حجاب حاجز در فعل تنفس بیشتر سهم گرفته وتنفس به شکل بطنی میباشد . نزد اطفال هر دو جنس تنفس بطني میباشد .در اثناي تفتیش حرکات تنفس Rate of Respi- ration دریك دقیقه نظم (Rhythem) تنفس وعمق تنفس توجه گردد .

طوریکه پیش ذکر گردید تعداد تنفس فی دعیقه نزد کاهلان ۱۸-۲۰ ونزد اطفال 35-40/min نارمل تلقی میگردد . از دیاد فعل تنفس را از حد نار مل بنام Tachyp-

و تنقیص آن از حالت نارمل بنام Bradypnea یاد میگردد Tachyp-nea در حالت جهد، تب، ، التهاب ريوي پلوراي دیده میشود .
Bradypnea درحالات استعمال دواهای Narcotic ودرزمان خواب بوجود می آید .

تعین عمق تنفس از نظر سریری مشکل بوده اما با آن هم از روي حرکات صدر وحجاب حاجز تخمین میگردد . در صورتیکه Tachypnea با ازدیاد عمق تنفس همره باشد بنام(Hyperpnea یاHyperventilation) یاد میگردد که درافات C.N.S وقرب الموت دیده میشود .

توقف تنفس رابنام Apnea یاد میکنند . در فلج دوطرفه حجاب حاجز تنفس صدری وبطنی برعکس میگردد ، اگر این فلج یك طرفه باشد یا دوطرفه باشد این قسم تنفس بنام Paradoxical Respiration یاد میشود .

اشکال غیر طبعي تنفس

1- ChyneStokes Respiration یك شکل تنفس پیریودیك یادوره یی بوده که باصفحات Apnea همراه میباشد . در ابتدا تنفس سطحي بوده به تدریج عمیق و سریع میگردد تا اینکه به حد اعظمي رسیده و به تدریج از عمق و شدت آن کاسته شده تا اینکه به صفحه Apnea رسیده و بعدا" دو باره تشکیل میگردد .

صفحه Apnea 5-30 ثانیه دوام می نمایند . این نوع تنفس درعدم کفایه قلب عدم کفایه کلیه ، نمونیایی شدید فرط فشار داخل قحفی وتسمم با ادویه Narcot-ic دیده میشود (2-1)

میکانیزم :- در اول تنفس نظر به نورمال عمیق وسریع بوده که در نتیجه در خون شش ها سبب تنقیص Pco2 گردیده که بعد از چند ثانیه این خون که دارای Pco2 کم میباشد به دماغ رسیده وسبب نهی مرکز تنفسی شده و Apnea بمیان می آید که درحین

Apnea بصورت تدریجی Pco2 خون ریوي بلند گردیده و بعد از چند ثانیه که خون داراي Pco2 بلند میباشد بدماغ رسیده و سبب تنبیه مرکز تنفسي گردیده و سیکل تنفس دو باره تکرار میگردد .

Meningitic Respiration -2:-این شکل تنفس از نظر تعداد و نظم ثابت بوده اما توسط صفحات آني Apnea قطع میگردد این تنفس در افات C.N.S دیده شده اما بیشتر در مریضان (Meningitis) دیده میشوند .

Acidotic or Kussmal Respitation -3 یك شكل وصفي (Hypervintilation) است که در آن تنفس خیلي عمیق و سریع میباشد و در حالت Acidosis دیده میشود .

۵-شزن Trachea

در حالت نارمل شزن بالاي خط متوسط کمي بطرف راست تمایل دارد باید ذکر گردد که تا وقتیکه شزن بي جا نشده باشد تعین موقعیت آن مشکل میباشد میتود معاینه آن در جس ذکر میگردد .

Supraclavicular Fossa 6-

حفرات فوق الترقوي در بعضي امراض پړو برجسته معلوم میگردد مثلا" در -Em physema ریوي، در تمور هاي Apical ریوي حفرات مذکور در Collaps و فبروز فص علوي بطرف داخل کش شده میباشد .

۷- مسافات بین الضلعي

در باره مسافات بین الضلعي نقاط ذیل مطالعه گردد .

Balging .a که در امفزیماي ریوي دیده شده یعني از یك طرف Bulgingو از طرف دیگر مسافات بین الضلعي زیاد میگردد .

Receprocal movement - b که در فلج عضلات بین الضلعي دیده

میشود .

Pulsation - c : که در Coartation ابهر دیده میشود که درین حالت شراین بین الضلعي به هایپر تروفي مصاب میگردد .

8 - Pegmentation ، ندبه و Rash در جدار صدر:- درحادثات تموري و مرض Addisone جلد صدر به Pegmentation مصاب میگردد .

همچنان در وقت تفتیش ندبات عملیات، اندفاعات، نقاط نذفي در جلد صدر مد نظر باشد .

Apexbeat یا شکوك زروه یي قلب نیز در تفتیش مهم میباشد .

Palption جس:

در موقع جس کردن دست هاي داکتر باید گرم باشد بعدا" کف دست بدون وارد نمودن فشار بالاي جدار صدر گذاشته میشود و صدر از قدام و خلف از بالابه پائین جس میگردد .

جس صدر بصورت مقایسوي صورت گیرد ، باید ذکر گردد که جس براي تحقق علایم تفتیش اجرا میگردد . نواحي که در جس صدر مد نظر باشد قرار ذیل اند . (۲-۱)

۱-موقعیت شزن

۲-وسعت صدر بطرف قدام و یا خلف

Vocal fremetus -3

Apexbeat (Localization)-٤

Flactuation , Tenderness, Crepitation 5-

Crepetation -6 و یا Ronchi قابل جس

۱۰-جس شزن:- در حالت نارمل شزن بالاي خط متوسط در حفره فوق القصي در اثناي شهیق عمیق قابل جس بوده و کمي بطرف راست متمایل است. جس شزن توسط یك انکشت ویا سه انکشت صورت میگیرد .

توسط یك انگشت قسمی جس میشود انگشت Index خود را بالای حفره فوق القصی گذاشته شزن جس می نمایم وموقعیت آنرا تعین می نمایم.

در صورت جس باسه انگشت از انگشتان Index، متوسط وانگشت حلقوي (Ring) استفاده میشود طوریکه انگشت شهادت (Index) و Anular (حلقوي) رابطرف راست وچپ بالای مفاصل قصی ترقوی گذاشته وانگشت متوسط را در فاصله بین دو عضله قصی ترقوی درحفره فوق القصي گذاشته و توسط انگشت متوسط درین فاصله شزن جس میشود افاتیکه در آن شزن کش میشود قرار ذیل است:

1- Collaps ریه

2- Fibrose ریه

حالاتیکه شزن در آن تیله (Push) میشود قرار ذیل اند:

۱ – نموتورکس

2- Plural Effusion

3- Upermediastenal Tumure

SPlinting شزن:- اگر شزن توسط کولپس و فایبروز بیجا نگردد و یا توسط پلورال افیوژن بطرف مقابل تیله نگردد یعني بجاي خود قرار داشته باشدبنام Splinting شزن یاد میشود. یعني اگر به یك طرف فایبروزس و بطرف دیگر کولپس شش موجودباشد موقعیت شزن تغیر نمیکند.

۲–حرکت و وسعت صدر:- حرکات صدر بصورت دو طرفه جس میگردد طوری که هردو دست خود را بالای جدار صدر قسمی قرار میدهیم که انگشتان Thumb بالای خط متوسط قرار گرفته وبعداً از مریض خواهش میشود که تنفس عمیق اجرا نماید ودرین زمان فاصله انگشتان Thumb (انگشت کلان) را از خط متوسط درنظر میگیریم.

درصورتیکه حرکات هردو طرف صدر متناظر باشند انگشتان Thumb از خط متوسط به

سوالات مریض بصورت دقیق و مثبت جواب داده و مردمان که مسلکي نباشد در وقت Vis-it از اطاق مریض خارج باشد . (بعضي وقت موجودیت اقرباي نزدیك در وقت Visit ضروري میباشد) .

داکتر باید مریض را از هرنگاه تقویه نموده و بعضي علایم شفا (خوب شدن اشتها، ازدیادوزن،از بین رفتن تب و اصلاح شدن بعضي علایم لابراتواري) برایش اطمینان بدهند و هیچ وقت در باره وخامت مرض به مریض حرفي نگوید . بعضي وقت مریضي مریض را با مریضي دیگر مریض مقایسه نموده و برایش تلقین مینماید که مریضیاش نظر به مریض دیگر خوب شده و به اینترتیب مریض در باره مریضي خویش تشویش نمي نماید . (۲)

در وقت Visit مریض باید داکتر براي محصلین در باره وضع خطرناك مریض ،مشکلات تشخیص ، تاثیر کمي تداوي،وضع نا امید کننده و دیگر احتمالات خطرناك بحث ننماید .

محصلین باید به یاد داشته باشند که بعضي مریضان در باره پُرسش مریضي اش به مقابل داکترخجالت مي نماید و فکر میکند که داکتر به مریض دروغ میگوید(که مریضي اش خوب شده است)پس از محصلین در باره مریضي خود پرسان مي نماید درین وقت باید محصلین به بسیار دقت جواب داده و چیز هاي که گفتن آن لازم نیست به مریض گفته نشود . محصلین باید در بعضي موارد از داکتر معالج کمك خواسته تا که تشوشات روحي که از سخن هاي پرسونل از سبب بي احتیاطي بمیان آمده باشند از بین برده شوند .

در Deontology طبي نگاهداري تمام راز ها شامل بوده و داکتر باید تمام راز هایي مریض در باره مریضي اش پنهان نگهدارد وبر عکس مریض از طرف داکتر متضرر میگردد .

اگر مریضي مریض به دیگران مضر و ساري باشد(بمثل توبر کلوز، امراض زهروي،امراض ساري جلدي) باید به مریض فهمانده شود که به دیگران ضرر نرساند و نیزبه

یك اندازه معین دور میشوند . برهمین ترتیب حرکات صدر را ازقدام وخلف، از علوی ومتوسط وسفلی جس می نمایم.

حرکات صدر در حالات ذیل تنقیص می نمایند .

۱- فایبروز ریه ۲- پلورال افیوژن ۳- کولپس ریه 4- con-solidation 5- Pneumothorax 6- Emphysema

۳ - جس زروه ریه ها (جس Apices) :- برای جس زروه های ریه مریض باید بحالت نشسته قرار گرفته راس مریض کمي به قدام متمایل باشد .

داکتر به عقب مریض قرار گرفته هردو دست خود را بالای شانه های مریض گذاشته قسمی که انگشتان آن بطرف قدام صدر قرار گرفته وانگشتان کلان (Thumb) رابه ناحیه رقبی متوجه میسازد ودرین وقت از مریض خواهش میشود که تنفس عمیق اجرا نماید، درین وقت حرکات انگشتان را بصورت مقایسوي ملاحظه مي نماید .

٤- جس زروه قلب -Point of maximum Impulse (P.MI) براي جس زروه قلب مریض بحالت نشسته و یا به وضعیت جنبي چپ خوابیده و زروه قلب توسط انگشت [illegible] دست راست جس میگردد .

در حالت نارمل P.MI بالاي خط متوسط تر قوي طرف چپ یك سانتي متر انسي تر ازین خط در مسافه پنجم بین الضلعي موقعیت دارد . در بعضي امراض تنفسي مثل انصباب پلورا، نموتورکس، فبروز ریه و سؤ شکل صدر P.MI بیجا میگردد .

٥- جس اهتزازات صوتي (Vocalfremitus) :- V.Fremetus

عبارت از اهتزازات صوتي است که از طریق قصبات ریتان به جدار صدر انتقال یافته و قابل جس میباشد .

براي جس اهتزازت صوتي کف دست هاي خود را بصورت متناظر و صمیمي به جدار صدر بالاي نواحي مختلف قرار داده و از مریض خواهش میشود تا حروف طنین دار به صداي

بلند ادا نماید مثلا" چهار- چهار، چهار، چهل و چهار و غیره که اهتزازات مولده آن توسط دست بالاي صدر جس میشود .

V.Fremitus درحالات ذیل ازدیاد می یابد:-

1- Consolidation 2- Cavitation 3- Collaps ریه باقصبه باز .

Vocal Fremitos درحالات ذیل تنقیص می یابد:-

۱- پلورای ضخیم ۲- پلورال افیوژن. ۳- فایبروز ریه .

٤- کولپس ریه باقصبه بند . ٥- نوموتورکس (1.2)

Rhonchial Fremitus: اهتزازات که از قصبات بزرگتر منشه گرفته باشد ودر جدار صدر جس گردد بنام. Rhonchali Fremetus یاد میگردد .

Friction Fremitus: اهتزازات که از مالیدن دو ورق پلورا ویا از سبب Friction Rub جس شود بنام Friction Fremitus یاد میشود .

: Tenderness, Flactuation and crepitation

جدار صدر از سبب امراض التهابي حساس میشود مثلاً (Tietze disease) Costochondritis وکسور اضلاع (2.1) زمانیکه د رجدار صدر Absces بمیان بیاید تموج جس میگردد مثلاً Empyma necestance , Ostietis توبرکلوزیك اضلاع.

همچنان در Subcutaneus Emphysema اواز های مخصوصی جس میگردد که بنام Crepitation یاد میگردد که این حالت در Penetrating injury صدر دیده میشود .

در آخر باید گفت که در جس صدر عقدات لمفاوي نیز باید جس گردد وهمچنان نقاط دردناك صدر نیز مدنظر باشد .

قرع Percussion:

قرع عبارت از وارد نمودن ضربه بالای یك قسمت از عضویت میباشد که در اثر آن انساج عضویت به اهتزاز آمده وتوسط صدا به گوش میرسد در زمان قرع صدر مریض باید بحالت نشسته ویا استاده قرار گیرد . قرع به دو نوع است(1,2)

۱- قرع مستقیم Direct percussion (قرعImmediat) یا قرع بی واسطه عبارت از وارد نمودن ضربه مستقیم بالای عضویت است این نوع قرع تنها برای قرع فص علوي ریه بالاي تر قوه استعمال میشود .

۲- قرع غیر مستقیم Indirect percussion (قرع - medi-at) یا قرع باواسطه که درین قسم قرع ضربه بصورت غیرمستقیم بالای عضویت وارد شده و Plexor و Plexometer در آن درحین قرع استعمال میشوند .

قوانین قرع قرار ذیل میباشند (1.2):

۱- قرع از ناحیه ریزونانس (Resonance) بطرف ناحیه Dull اجرا گردد

۲- Plexometer (انگشت متوسط دست چپ) در وقت قرع بالای سرحد عضوه مربوط بصورت موازي گذاشته شود .

۳- Plexometer در موقع قرع باید با سطح وجود بصورت صمیمي در تماس باشند .

٤- توسط Plexor (انگشت متوسط دست راست) به Phalynx متوسط Plexometer از طرف راست ضربه وارد شود .

٥- توسط Plexor باید به Plexometer دو دفعه ضربه وارد

شده وبعداً وقفه داده میشود، که حین وقفه Plexor با Plexometer در تماس نباشد.

۶- در وقت قرع مفصل Wrist ومفاصل انگشتان حرکت نمایند.

۷- خط قرع باید بالای سرحد عضوه قرع شده عمودی ومنطبق باشد.

اقسام قرع:

a- در حالت نورمال ریتان از نظر قرع Resonance میباشد. یعنی Resonance عبارت از صدری است که در حالت نارمل از قرع نواحی مختلف ریتان بوجود می آید.

b - Hyper resonance فرط وضاحت : زمانی گفته میشود که نسج ریه نسبت به حالت نارمل بیشتر صدا داشته باشد مثلاً در امفیزیم ریه وPneumothorax .

c - Tympanic (طبلیت): در وقایعی گفته میشود که فرط وضاحت شدید باشد. در حالات که احشا دارای هوای زیاد باشد مثلاً در حالت نارمل در حین قرع بالای جوف هوای معده این صدا بوجود می آید.

d - Impaired notes :-٠ این قسم قرع در سرحد ریه وعضوه سخت موجود میباشد مثلاً سرحد علوی جگر ویا سرحد قلب باشش.

e - Dullness (اصمیت): درصورتیکه قرع بالای احشای سخت ومملو شده صورت گیرد بوجود می آید مثلاً قرع قلب وکبد.

f - Stony dull note :- این قسم قرع حالت پیشرفته Dullness بوده و بالای مایع موجود میباشد و در حالات ذیل دیده میشود

۱- پلورال افیوژن ۲- حبن Ascites

متود هاي قرع شش ها

متود هاي قرع قرار ذيل اند (۲-۱)

در قرع ريتان بايد هميشه يك نقطه به نقطه ديگر مقايسه شود . صدر بايد در قسمت قدامي، خلفي و وحشي قرع گردد .

قرع قدامي :- درين قرع با الترتيب زروه، Infraclavicular Fossa، Clavicles و قسمت قدامي صدر قرع گردد، در وقت قرع بايد Plexometer از اصميت قلب دور باشد، و سرحد علوي جگر در موقع قرع اول تعين و نشاني شود . براي قرع Apical راس مريض بطرف مقابل منحرف شده و Plexometer بالاتر از قسمت متوسط سوم تر قوه نهاده و قرع اجرا ميگردد . براي قرع ترقوه انگشتان از تر قوه بالا و پائين نهاده تا جلد بالاي تر قوه ثابت بماند بعدا" تر قوه بطريق مستقيم بدون Plexemeter قرع ميگردد .

قرع خلفي :-درين قرع مريض بالاي بستر نشسته دست هاي خود را در قدام سينه يكي بالاي ديگر بشكل Cros به شانه ها ميرسانند بعدا" قرع خلفي به ترتيب اجرا ميگردد .

قرع وحشى:-

درحين اجراي اين قرع دست هاي مريض بالاي راس نهاده بعدا" قسمت هاي وحشي صدر از بالا به پائين قرع ميگردد .

Dullness قرع در حالات ذيل ديده ميشوند(۱-۲)

۱-پلوراي ضخيم. ۲-كولپس ريتان. ۳-كانسوليديشن. ٤-پلورال

افیوژن .

Hyper resonance قرع در حالت ذیل دیده میشوند . .

1- Emphysema

2- Pnenmolhorax

3- Skodiac resonance (کمی بالا تر از سرحد پلورال افیژن)

این قسم ریزونانس از موجودیت مقدار زیاد هوا بالاي مایع که به شکل تدریجي موجود میباشد بمیان مي آید .

تعین حرکت دیا فراگم

مریض در بستر نشسته و دست هاي آن به شکل Cross به شانه ها رسانده میشوند و از مریض خواهش گردیده تا ذفیره جبري را اجرا نموده که درین وقت قرع صدر در پشت ازبالا به پائین صورت گرفته تا که ناحیه ریزوسانس بهDulLتبدیل شود . بعدا" از مریض خواهش میشود که شهبق جبري را اجرا نموده و براي چند ثانیه نفس خود را قید نماید، درین وقت تکرارا" قرع اجرا نموده تا که ناحیه ریزرنانش به Dull تبدیل گردد، این سرحد را نیز نشاني شود . فاصله بین سرحد اولي نشاني شده و دومي نشاني شده حرکت دیا فراگم را وانمود میسازد . که در حالت نورمال ۲-۳ سانتي متر میباشد(۲)

اگر Amebic absces جگر موجود میباشد حرکت قسمت قبه دیا فراگم طرف راست ازبین میرود هم چنان تشوشات عصب Phrinic حرکات دیافراگر رامغشوشمیسازد .

Myaldema نزدمریضانیکه امراض وخیم را گذاشتانده باشد اگر قرع بالای عظم قص اجرا گردد عضلات صدر تقلص نموده که این تقلص عضلات از سبب

تخریشت عضلات بوجودمیآید که این حادثه بنام Myaldema یا Myotatic Ir-ritability یاد میگردد) (2-1)

اصغا Auscultation

اصغا یك عملیه است که برای تثبیت اواز های وجود ازان کار گرفته میشود وبدوشکل اجرا میگردد . (۲)

۱- توسط گوش : درین شکل طبیب گوش خود رابه تماس جدار صدر مستقیماً آوازهای که درشش موجود اند شنیده میشوند . لیکن درحال حاضر از سبب انتقال امراض جلدی ونسبت یك عملیه مشکل ازآن استفاده نمی شودند .

۲- توسط ستاتسکوب :- ستاتسکوب دراخرخود دوساختمان داشته که یکی ان دیافرا گم که برای اصغاء آوازHigh Pitch استفاده میشوند . دروقت استعمال دیافراگم باید دیافراگم بالای جلد درتماس باشد . اگر بالای Bell فشار وارد شود وظیفه دیافراگم اجرامی نماید ونیز ستاتسکوب باید باسوراخ های گوش خوب توافق داشته تاکه ازداخل شدن آوازهای خارجی ممانعت نموده وازطرف دیگر برای داکتر تکلف ده نباشد . ستاتسکوب باید از ۲۰ انچ(۵۰ سانتی متر) طویل نبوده ودرحین اصغا باید اطاق خاموش باشد . اگر بالای موی صدر دروقت اصغا ستاتسکوب رافشار داده اواز های مثل Rall شنیده میشود .

دروقت اصغا مریض بالای بستر تخته به پشت خوابیده وصدران برهنه گردیده وصدر قدامی اصغا میکردد .

برای اصغاء صدر خلفی مریض دربستر نشسته وصدر خلفی اصغا میگردد .

اگر مریض ضعیف ویا طاقت نشستن راندارد به یك پهلو خوابیده وطرف مربوط را اصغا وبعداً به پهلوی دیگر خوابیده وصدر مربوطه اصغا میگردد . دروقت

اصفا دهنی مریض باز بوده وتنفس عمیق را اجرانماید (باز نمودن دهن دروقت اصفا سبب ازبین بردن آوازها میگردد که از بینی منشه منگیزد .)

۱- شدت آواز های تنفسی:

شدت آواز های تنفسی در هردو طرف صدر بصورت مقایسوی توسط اصفاد دریافت گردد .

۲- خاصیت وکرکتر آوازهاي تنفسی : از نظر خاصیت آواز هاي تنفسی به سه قسم اند

Vesicularbreathing -a آواز هاي تنفسی حویصلي .

Broncho Vesicular breathing -b آواز هاي تنفسی حویصلي قصبی .

Bronchial breathing -c آوازهای قصبی .

Vesicalar breathing -a : این قسم آوازها ازعبور هوا از قصبات خورد واسناخ بوجود می آید این آواز Soft و وصف Rustling . (عبور هوا ازبین برگ درختان) را دارد ودر صدر نارمل شنیده میشودVesicular breathing چار وصف ذیل را دارا میباشند .



۱- ذفیران نسبت به شهیق کوتاتر است .

۲- شهیق نسبت به زفیر خشن تر (Harsh) است.

۳- بین شهیق وزفیر وقفه (pause) موجودنیست .

٤- وصف Rustling را دارد .

Vesicalar breathing باذفیر طویل در انسداد طرق تنفسی (Asthma) موجود میباشد .

b- BronchoVesicalar breathing درحالت نارمل عبارت از عبور هوا از قصبات که نزدیك جدار صدر باشد ویا بصورت سطحی قرار دارد بوجودمی آید .

این آواز درقسمت های ذیل خوب شنیده میشوند .

۱- Intra Scapular region

۲- Apex of Right Lung.

در حالت پتالوژیك بالای قسمت التیام یافته مزمن شنیده میشود .

۳- Bronho Vesicular -دارای وصاف ذیل اند . (2-1)

a- شهیق وذفیران خشن است .



b- صفحه ذفیران طویل است .

c- وقفه کوتا بین شهیق وذفیر موجوداست .

این آواز بنام Visico bronchial Sound . نیز یادُ گردیده زیرا درشهیق وصف Vesicular (حویصلی) ودرذفیر وصف قصبی رادارد (2-1)

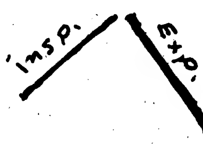
C- Bronchial breathing : این آواز ازسبب عبور هوا ازشزن وقصبات اساسی د، حالت نارمل بوجود مي آید ودر ناحیه ManiBrium Sterni ، فقره چارم ظهری درخلف عنق در تحت موها خوبتر شنیده میشوند . درحالات مرضی مثل Con solidation,ر ریوی Cavitation و Collaps ریه که باقصبه بازدرار تباط باشد شنیده میشود .

Bronchial breathing اوصاف ذیل رادارند (۱-۲)

۱- وصف وزیدن (Blowing) یا Hollow را دارد یعنی مثلیکه در مشك هوا پوف شوند .

۲- صفحه ذفیر نسبت به شهیق طویل تر است .

۳- ذفیر نسبت به شهیق بسیار خشن وشدید است .



٤- وقفه بین ذفیر وشهیق موجود است .

انواع Bronchial breathing :اقسام ذیل را دارند (۱-۲)

۱- Tubrlar Sound که در Consolidation موجودمیباشد .

۲- Covernous Sound که در Pnoumothorax باز شنیده میشود ووصف عبور هوا را ازبوتل رادارد .

آواز های تنفسی درحالت ذیل شدیداً متناقص ویا معدوم میگردد .

۱- پلورای ضخیم . ۲- پلورال افیوژن . ۳- نموتوکس . ٤- بندش قصبه .

٥- فابیروز ریوی . ٦- کولپس ریه باقصبه مسدود . ۷- جدار ضخیم صدر .

آوازهای اضافی Added sounds

آواز های اضافی تنفسی به دونوع است (2-1)

۱- Extra pulmonary (آواز های خارج ریوی)

۲- Pulmonary (آواز های ریوی)

۱- آواز های خارج ریوی Extra pulmonary :

معمولترین این آوازها عبارت ازPleural Rub میباشد.که شباهت به مالیدن د وریقه چرم دارد .

وصف آن Creaking یا Rubbing میباشد وبرای تشخیص تفریقی Crepitation نقاط اتي مدنظر باشد .

۱- پلورال Rub باسرفه تغیر نمیکند

۲- شدت آن با التصاق صمیمی ستاتسکوپ باجدار صدر وتنفس عمیق افزایش میابد .

مردمان همجوار فهمانده شود که بطریقي از تماس مریض خود را نگاه نماید که مریض نیز دلبد نشود .

بصورت خلاصه طبیب باید به مریض دوست بسیار صمیمي و به مثل اعضاي فامیل شناخته و سلوك و پیش آمد خوب همراهش بنماید . (۷)

Symptomatology :

کثیر مریضان از اعراض ذیل به سرویس داخله مراجعه مینمآیند(۱-۲)

۱-تب (Fever)

۲-درد (Pain)

۳-نفس تنگي (Dyspnea)

٤-سرفه (Cough)

۵-استفراق (Vomiting)

٦-اسهال (Diarrhea)

۷-سرعه(میرگي)(Fit)

۸-ضعیفي (Weakness)

۹-سر دردي (Headach)

۱۰-کتله (Mass)

براي اینکه اعراض فوق بصورت کامل توضیح شوند، داکتر باید به اساس شناخت اعراض در باره اطراف و محیط مریضي پرسش ها بعمل آورده و در باره چگونگي اعراض معلومات کافي حاصل نماید که در نتیجه این معلومات در تشخیص مرض کمك مي نماید .

سوالات ذیل در باره اعراض مختلف تشریح شده و در موجودیت هر عرض پیش ازینکه در باره چگونگي دیگر عرض پرسان نماید پرسش و جستجو زیاد بعمل آید .

تب (Fever) در باره تب سوالات ذیل از مریض پرسان شوند:

۳- Pleural Rub نظریه Crepitation زیاتر موضعي میباشد

٤- Pleural Rub درشروع ذفیر وشهیق موجود میباشد . این اواز براي پلوریزی علامه مهم فزیکی میباشد ، وقتیکه بعداز التهاب پلورا مایع در جوف پلورا تولید شود این آواز از بین میرود .

Pleural Rub به سه قسم است که عبارت از Fine , Medium و Coarse میباشد .

آوازهای اضافی ریوی : .Pulmonary addedsounds

a- Ronchi آواز دوامدار است که از اثر عبور هوا از قصبات متضیق بوجود می اید که این تضیق ازاسباب ذیل بوجود مي آید .

۱- اذیمای غشای مخاطی قصبات.

۲- Spasm عضلات ملساء جدار قصبات.

۳- بلغم سخت و mucoid در داخل قصبه که در وقت تنفس اهتزاز نموده وسبب تولید آواز میگردد .

رانکای سه قسم است (2-1)

۱- Sibilant Ronchi که وصف Pitche بلند رادر دارد .

۲- Sonorous Ronchi که وصف Low Pitch را دارد .

۳- Medium Pitch که دارای Frequency متوسط میباشد .

Ronchi در Bronchitis ، امفزیما واستما قصبي موجود میباشد .

b- Wheeze : عبارت از High Pitch رانکای بوده که درصفحه ذفیر شدید شنیده شده وبعضاً بدون ستاتسکوپ نیز شنیده میشود .

c- Stridor : این آواز در صفحه شهیق بهتر قابل سمع بوده واز سبب

انسداد حنجره تولید میکردد .

Crepitation -d (Crakles) از جمله آواز های مرطوب ومتقطع است که وصف جوش خوردن یا Bubbling ووصف جز جز (Crackling) را دارد .

که از موجودیت مایع یامخاط درقصبات خورد یا اسناخ بوجود می آید .

اقسام Crepitation.

1- Fine Cripitation : از سبب جدا شدن جدار اسناخ مرطوب بوجود مي آيد ودر اخر صفحه شهیق شنیده شده وصف Crackling (جزجز) را دارد . معمولاً در صفحات مقدم Pneumonia وعدم کفایه قلب بوجود مي آيد (2-1).

۲- Medium Crepitation : - این آواز درقصبات خورد تولید شده در اخر صفحه شهیق وشروع ذفیر قابل سمع میباشد .

قسم اول ودوهم را بنام رال های مرطوب (Moist) یاد مي نمایند .

۳- Coarse Crepitation : - از سبب ترقیدن حبابات مایع در قصبات متوسط بوجود مي آيد وبدوقسم است (2-1)

a- در قصبات متوسط از Bubbling افرازات بوجودمی آید ودر -Bronchitis و Bronchectasis شنیده میشود .

b- عبارت از آواز آنی Snap بوده که از جداشدن جدار سخت درشروع شهیق شنیده میشود وبه اساس همین میخانیکیت در Fibrosing Alveolitis شنیده میشود . موجودیت این قسم آواز به توبر کلوز پرانشیم ریوی دلالت میکند .

Others sounds دیگر اوآز ها

۱- Splashingsound (Hipocraticsuccusion .)

درموجودیت هیدرونموتوکس اگرصدرمریض راحرکت بدهم از سبب حرکت مایع درجوف پلورا یك اواز تولید میگردد که بنام اواز Splashing یادمیگردد

۲- Coin soundsign : در موجودیت نوموتورکس اگریك سکه (پیسه) را بالای سکه دیگر درقدام صدر تکانده شود در خلف صدر یك اواز Metalictin-gling درحین اصغا شنده میشود که این اواز بنام Coinsound sign یاد میگردد

۳- Post tussivecrepetation : عبارت از Crepitation است که بعداز سرفه شنیده میشود موجودیت این قسم اواز به توبرکلوز پرانشیم ریوی دلالت مینماید .

اهتزازات صوتی Vocal Resonance (V.R)

به منظور اصغا Vocal Resonance از مریض خواهش میشود تا چهار ، چهار راتکرار نماید درین وقت صدر از طرف پشت اصغا میگردد این آواز در نزد مردها وزنان از نظر شدت فرق میکند .

Vocl Resonance به اشکال ذیل میباشد (2-1).

1- Bronchophony (B.P h) هرگاه V.R نظربه حالت نارمل شدید شنیده شود بنام B.Ph یاد میشود .

V.R درحالت ذیل ازدیاد می یاد:-

1- Consolidation 2- Cavitation 3- Collaps ریه باقصبه باز

۲- Whispering Pctoriloquy : درین حالت ازمریض خواهش میشود تایک عدد یا کلمه را به آواز خفیف (پس پسک) ادا نماید یعنی پس پس کند . درین صورت این کلمات بسیار واضح وبلند در صدر شنیده میشود مثلیکه مستقیماً در گوش معاینه کننده سخن گوید .

این علامه زیاتر در شکاثف ریوی (Consolidation) قابل دریافت میباشد .

۳- D. Espine Sign : اگر در اطفال و کاهل ها TB media Stenal lymphadenitis موجود باشد .

Bronchial breathing درکاهل ها بالای چارم ، پنجم وششم فقرات ظهري ودر اطفال بالای اول ، دوهم وسوم فقرات ظهري شنیده میشود که این را بنام D. Espine Sign یاد می نمایند. (2-1)

٤- Aegophony :-

شباهت به حرف زدن در بینی رادارد . این قسم آواز درقسمت بالای سرحد مایع وزیاتر در زاویه سفلی Scapula شنیده میشود . هرگاه مریض حرف E تلفظ نماید توسط اصغا A شنیده میشود (2-1)

علایم فزیکي وصفي در بعضی امراض تنفسی

۱- تکاثف ریوی Consolidation :

تفتیش : حرکات صدر در طرف ماوفه تنقیص نموده وبه نسبت موجودیت درد صدر ، صدر طرف ماوف کمتر حرکت میکند ، موقعیت شزن تغیر نکرده و PMI به حالت نارمل قرار دارد .

جس : - درجس اهتزازات صوتی افزایش میابد

قرع :- باقرع درناحیه ماوفه Dullness موجود میباشد .

اصغا :- Tubrlar Sound قابل سمع میباشد (2)

۲- Pneumothorax - نموتورکس :

تفتیش : حرکات تنفس صدری در طرف ماوف نظر بطرف سالم متناقص ویا معدوم میباشد . منصف بطرف مقابل افت بیجاشده که بابیجاشدن PMI وشزن مترافق میباشد .

جس :- باجس اهتزازات صوتی در طرف ماوف متناقص یا معدوم میباشد.

قرع :- باقرع فرط وضاحت ویا طبلیت موجود میباشد .

اصغاء :- آواز های تنفسی متناقص یا معدوم بوده وگاهی هم در صورتیکه نموتور کس باز موجود باشد آواز هاي قصبی با طنین بلند یعنی به شکل Amphoric sound شنیده میشود .

۳- Pleural Effusion :

تفتیش :- حرکات صدر در طرف ماوفه نظر به وسعت افت متناقص یامعدوم میباشد . منصف بطرف مقابل آفت بیجا شده که با بیجا شدن شزن و PMI مترافق میباشد .

جس : اهتزازات صوتی متناقص بوده وشزن و PMI بطرف مقابل آفت بیجا شده میباشد .

قرع : باقرع Dullnesis ویاممکن Stony Dullness دریافت میگردد .

اصغاء :- آوازهای تنفسی متناقص بوده ویا معدوم میباشد وگاهی هم در سرحد علوی انصاب مایع Aegophony قابل سمع میباشد (2).

Collaps Oflung -٤

تفتيش : حركات قفس صدري بطرف ماوف تنقيص ميكند ومنصف بطرف افت كش ميشود كه باكش شدن شزن و PMI همراه ميباشد .

جس : شزن و PMI بطرف افت بيجا شده واهتزازات صوتي در طرف ماوف تناقص مي نمايد .

قرع :- طرف ماوف اصميت نشان ميدهد .

اصغاء آواز هاى صوتي تنفسى متناقص يا معدوم ميباشد . اواز هاى اضافى تنفسى موجود نيست (2)

٥- Emphy Sema ريوى :

تفتيش :-صدر مريض متوسع بوده مسافه بين الضلعى زياد ميباشد، حركات صدر بصورت دوطرفه متناقص ميباشد . قطر قدامي خلفى صدر تزايد كسب كرده يعنى شكل بيرل مانند كسب مي نمايد . منصف موقعيت طبعى خود را دارد .

جس : اهتزازات صوتى نارمل ويا كمى متناقص ميباشد .

قرع : فرط وضاحت دوطرفه موجود بوده حجاب حاجز از موقعيت عادى خويش پايان تر قراز دارد .

اصغاء : - آواز هاى صوتى نارمل بوده ويا كمي متناقص ميباشد .

آواز هاي Vessicular تناقص نموده ذفير طولاني ترميگردد ودر صورت مداخله انتان Crepitation قابل اصغا ميباشد (2).

معاينات متممه سستم تنفسى

معاينه تقشع :- جهت معاينه بلغم بايد بلغم مريض جمع گردد . بلغم مريض

باید قسمی گرفته شود که با افرازات فمي ملوث نگردد .

بهتر است نمونه بلغم از طرف صبح گرفته شود . اگرتوبر کلوز ریوي قابل شك باشد باید معاینه محتوی معده برای سه روز متواتر صورت گیرد .

بلغم گرفته شده باید بصورت مستقیم یا gross توسط چشم معاینه گردیده وتفلسات آن از نظر کر کتر بیان گردد .

همچنان بلغم باید از نظر Microscopic مطالعه گردد که درین معاینه باکتریا حجرات خبیثه اگر دربلغم موجود باشد در یافت گردد .

همچنان یك نمونه باید جهت تلوین گرام وکلچر به لابراتوار فرستاده شود وجهت دریافت حجرات کانسری باید نمونه بلغم از نظر Cytology مطالعه گردد .

حجرات کانسري دربلغم مریضان مصاب Squamuscell carcinoma قضبات بزرگ میباشد دیده شود (2)

بعضاً درامراض الرژیك مثلاً استمای قصبی و Pneumonia که توسط پرازیت ها بوجود مي اید حجرات Esonophile دریافت شده میتواند(4).

رایو گرافي صدر Chest X-ray

رادیو گرافی صدر بخش عمده معائنات متممه راتشکیل میدهد نقاط که درمعاینه Radio graphy صدر در نظر باشد قرار ذیل اند :

١- کثافت فلم : یك فلم مناسب وقتي گرفته میشود که مریض از تیوب X-ray بفاصله دومتر قرار داشته باشد .

٢- صدر باید متناظر باشد وموقعیت شزن باید در نظر گرفته شود ، دیده میشود که در مرکز منصف قرار دارد یا خیر . همچنان تغیر در شکل وسایز قلب وتناسب بین قلب وصدر یا Cardio thoracic Ratio مده نظر باشد . که در حالت

نارمل کمتر از 50% میباشد .

۳- ساحه ريوي درسه قسمت مطالعه میشود

a- Upper Zone : که از قسمت ذروه ریه الی حافه سفلي ضلع دوم را در قدام احتوامیکند .

b- Meddle Zone که از حافه سفلي ضلع دوم الی حافه سفلي ضلع چارم را احتوا می نماید .

c- Lower Zone :- که از خافه سفلي ضلع چارم الی حجاب حاجز وحتی زاویه سفلی ضلعي حجاب حاجزی costophrinic angle را در برمیگیرد

هم چنان موقعیت حجاب حاجز در نظر باشد که در حالت نارمل حجاب حاجز طرف راست به اندازه ۲,۵ سانتی متر نظر به حجاب حاجز طرف چپ بلند تر قرار دارد .

هم چنان موجودیت جوف هوای معده در طرف چپ مده نظر باشد .

d- دروقت مطالعه X-ray صدر عظام صدر باید از نظر Osteoporosis وکسور اضلاع وتخریبات حافه سفلي اضلاع (که در Coartation ابهر دیده میشود) مورد مطالعه قرار گیرد .

e- بالاخره منظره عمومی صدر موجودیت وعدم موجودیت شدیه ها واقسام رخوه باید مطالعه شود . (6-1)

برانکوگرافی Bronchography

بعداز anasthesia انستیزی موضعي مواد رادیو او پك Radio Opaque داخل شزن وقصبات گردیده ورادیو گرافی اجرا میگردد که توسط این رادیو گرافی اناتومی قصبات بصورت واضح نمایان میگردد .

معمولاً برانکوگرافی به منظور تشخیص Bronchectasis (توسع قصبات)صورت میگیرد .

Tomography توموگرافی

بااین متود رادیو گرافی نسج ریه به عمق های مختلف صورت گرفته میتواند . ازین طریقه عموماً به منظور تشخیص کهف ها (Cavities) وتضیق یك قصبه توسط تومور استفاده میگردد .

Bronchoscopy برانکو سکوپی

توسط اله که بنام برانکو سکوپ Bronchoscope یادمیگردد قصبات بزرگ وشعبات آن ها مستقیماً توسط چشم تفتیش میگردد همچنان توسط این اله بیوپسي نیز اجرا شده میتواند .

Bronchoscopy بیشتر براي تشخیص Carcinoma Bronchoginic که ایا قابل عملیات است یاخیر استفاده میشود .

باوجود آمدن Fibro optic broncho Scopy قصبات کوچك نیز قابل مشاهده بوده وزمینه لواژ جهت معاینه سایتو لوژی رانیز مساعد گردانیده است (5)

Pleual Aspira tion بزل پلورا

کشیدن مایع از جوف پلورا توسط یك سوزن که قطر نسبتاً بزرگتر داشته باشد بنام بذل پلورا یاد میشود . برای این منظور نواحی ضلع هفت وهشت توسط مواد an-tiseptic پاك نموده وبعداً تحت شرایط معقم نواحی ضلع هفت ویا هشت را (جلد) انستیزی موضعي (Novocain) داده وسوزن که قطره بزر گتر داشته باشد در کنار علوی ضلع هفت ویا هشت با لای خط ابطی ضلعي بصورت عمودی داخل صدر مي نمایم ودر صورت موجودیت مایع ، مایع از جوف پلورا توسط سرنج خارج میگردد . این

عملیه را بنام Pleural Tap نیز یاد میکند ازین عملیه جهت تشخیص وتخلیه استفاده شده میتواند. به منظور تشخیص به اندازه ۵۰ ملی لیتر مایع از جوف پلورا خارج گردیده که این بذل را بنام بذل تشخیصي می نامند. (۱)

درصورتیکه مقدار مایع در جوف پلورا بسیار زیاد باشد وسبب عسرت تنفس نزد مریض گردد، درین صورت برای تداوی عسرت تنفس مریض به مقدار ۱۰۰۰-۵۰۰ ملي لیتر مایع خارج گردیده میتواند که این شکل بذل رابذل تخلیوي مي نامند (۱-٦)

مایع که خارج میشود از نظر macroscopic و micro scopic ، بیوشیمیك Biochemic ، وهستولوژیك مورد مطالعه قرار گیرد.

وباید دانسته شود که مایع Transodate ویا Exodate است

فرق بین مایع Transodate و Exodate.

Transodate	Exodate	رنگ ،مواد ونسبت ها
بیرنگ	زردکاهی یاتیره	رنگ
< 3g/100ml	>3g/100ml	Protien پروتین
<0,6	>0.6	L DH مایع پلورا / L DH سروم
<0.5	>0.5	Proteen مایع پلورا / Protion سیروم
<1.018	>1.018	کثافت مخصوصه
<200Iu/L	>200Iu/L	L D H سویه

در Carcinoma ریه ، احتشایی ریه ، ترضیضات ، Hemorrhagic

۱-شروع تب: تب بصورت تدریجي و یا دفعتا"پیدا گردیده است؟

۲-عرق و لرزه: آیا تب به عرق و لرزه یکجا میباشد؟

۳-درجه تب: تب بدرجه بلند و یا بدرجه پائین موجود است؟

٤-گراف تب: گراف تب به شکل دوامدار، intermettent و یا Remittent میباشد؟

۵-شکایات دیگر با تب: آیا تب با شکایات دیگر بمثل استفراق، اسهال، درد هاي بطني، دردصدر، Heamoptysis، ســـر دردي، زردي و Heamaturia تـوأم میباشد؟

درد (Pain): در باره درد باید سوالات ذیل در نظر گرفته شوند:

۱-موقعیت درد: درد در کدام قسمت وجود موقعیت داشته منتشر است و یا موضعي؟

۲-انتشار درد(Rediation):درد موضعي و یا به کدام طرف وجود انتشار دارد؟

دردیکه در طرف چپ صدر موقعیت داشته و بطرف شانهٔ انتشار داشته باشدبطرف Ischemic Heart disease فکر میشود .

۳-خصوصیت وکرکتردرد: درد دراي کرکترذیل میباشد .

الف- Burning

ب- Stabling or Crushing

ج- Gripping

د- Pricking

و-Dull

diathesis مایع خوندار در جوف پلورا بوجود مي اید ، مایع که از سبب TB بوجود می آید عموماً Exudate بوده که حاوی حجرات زیاد التهابی میباشد . که اکثریت آنرا Lymphocyte تشکیل میدهد درین مایع باسیل TB نادراً یافت شده میتواند اما کلچران اکثراً مثبت میباشد. درحادثاتیکه از سبب التهاب بوجود امده باشند مایع پلورا حاوی مقدار زیاد حجرات پولی مورف نوکلیر میباشد. در Empyema (موجدیت قیح درجوف پلورا) قیح بذل گردیده که حاوی مقدار زیاد WBC و مکروارگنیزم ها میباشد.

درصورتیکه بامعاینات فوق تشخیص وضع نگردد بیوسپی پلورا اجرا میگردد.

این عملیه بدو طریقه صورت میگرد: Needle biopsy که توسط سوزن مخصوص پارچه گرفته میشود.

Open biopsy که بصورت مستقیم از نسج پلورا پارچه گرفته میشود.

باید ذکر گردد که تست هایی وظیفوي ریه ، تعین سویه گازات خون نیز از جمله معاینات متممه بوده که در تشخیص امراض تنفسی اهمیت زیاددارند.

فصل چهاروم

اعراض وعلایم عمومی مریضان سستم قلبی دوعایی

Commonmaniffestation of cardiovascular System

یك تعداد اعراض مریضان قلبی وعای وسیستم تنفسی مشترك میباشد که درین جا اعراض مذکور از نظر سیستم قلبی وعایی تحت مطالعه قرار میدهیم (۲)

۱ - عسرت تنفس Dyspnea :-

عبارت از جهد تنفسی است که جهت رفع تهویه ناکافی صورت میگرد در نزد مریضان قلبی اکثراً درمراحل ابتدایی عسرت تنفسی جهدی بوده یعنی بعداز فعالیت فزیکی بوجود می آید امادر مراحل پیش رفته عسرت تنفس درجالت استراحت نیز موجود میباشد. عسرت تنفس عرض عمده عدم کفایه قلب چپ است اما در نزد مریضان عدم کفایه قلب راست وعدم کفایه عمومی قلب نیز بوجود می آید.

به شکل تیپیك مریضان عدم کفایه قلب سریع وسطحی تنفس نموده واستعمال عضلات اضافی تنفسی وWheeze در ان کم میباشد. دروقت اذیمای ریه Wheeze متبارز میباشد.

عسرت تنفس نزد مریضان قلبی به سه میخانیکیت ذیل تاسس می نماید(۵, ۶)

۱ - تنقیص دهانه قلبی Lowcardiac out put :

زمانیکه دهانه قلبی تنقیص نماید درنتیجه جریان خون دماغی کم گردید دردماغ is-chemia تاسس مي نماید که درنتیجه مرکز تنفسی تنبیه وسبب عسرت تنفس میگردد. باید بخاطر داشته که تنقیص دهانه قلبی یگانه میخانیکیت عسرت تنفس نزد مریضان قلبي نمی باشد زیرا دریك تعداد واقعات که مریضان دهانه قلبی زیاد دارند نیز نزدشان عسرت تنفس موجود میباشد.

۲- احتقان ریوی Lung Conges tion : درعدم کفایه قلب ودیگر امراض که سبب احتقان ریوی میگردد . بصورت میخانیکی تشوش انقباض وانبساط ریوی راسبب میگرددکه درنتیجه عسرت تنفس بوجود میآید .

۳- تنقیص O2 وازدیاد CO2 :- درمریضان قلبی وعایی اکثراً درتبادله گازات تشوش رونماگردیده که علت ان احتقان ریوی میباشد .

که درین حالت اخذه های که در شریان ثباتی وابهر قرار دارند ابتدا در مقابل Hypox- iemia وبعداً درمقابل Hypercapnia حساسیت نشان داده وتنبیه میگردند که باتنبیه انها از طریق مرکزی عسرت تنفس بوجود می آید . (٦)

Orthopnea:

عبارت ازیك شکل عسرت تنفسی است که به استجاع ظهری نزد مریضان تولید میگردد که اکثراً توسط استعمال دو یاسه بالشت ویابه وضعیت نشستن از بین میرود میخانکیت تولید ان بدودسته تقسیم میشوند (6-9)

a- احتقان ریوی :-مریضان مصاب عدم کفایه قلب چپ عموماً بوضعیت نشسته قرار میگیرند ، زیرا درین وضعیت جریان دموی بطرف اطراف زیاد ودر راس وتنه کم میگرددکه به این ترتیب احتقان ریوی نیز کم میگردد وزمانیکه مریض بوضعیت استجاع ظهری قرار میگرد جریان دموی بطرف راس وتنه زیاد شده که درنتیه سبب ازدیاد احتقان ریوی میشود . که بااین ازدیاد احتقان ریوی در وضعیت مذکور عسرت تنفس نزد مریض ظاهر میگردد .

b-فشار میخانیکی :- مریضان عدم کفایه قلب که دربطن شان حبن (Acseites) موجود باشد ویا اینکه کبد شان بزرگ شده باشد (Hepatomegaly) زمانیکه به استجاع ظهری قرار میگرد مایع ویا کبد بزرگ بالای حجاب حاجز فشار

آورده وسبب فشار بالای ریه میگردد که درنتیجه عسرت تنفس نزد مریضان ظاهر میگردد .

Paroxysmal Nocturnal dyspnea (P.N.D)

عبارت ازعسرت تنفس اشتدادی شبانه است که در هنگام شب نزد مریضان قلبی ظاهر میگردد . عموماً یکی دوساعت بعداز استراحت مریضان نسبت عسرت تنفس نشسته از خواب بیدار شده وبرای گرفتن هوای تازه یا از اطاق خارج میشود ویا اینکه طرف کلکین اطاق می روند .

درصورتیکه حمله PND خفیف باشد به وضعیت نشستن ویا استاده شدن ازبین میرود امادر حالت شدید مدتها دوام نموده حتی که سبب اذیمای ریوي میگردد .

میخانیکیت تولید P.N.D قسمی است

۱- درنزد مریضان اذیما در طول روز در اطراف موجود بوده اما از طرف شب این اذیما دوباره داخل دوران جذب گریده که در نتیجه کتله خون زیاد میگردد واز اثران احتقان پیش رفته ریوی بوجود آمده که سبب عسرت تنفس درهنگام خواب میشود .

مریضان PND عسرت تنفس ، سرفه ، عرق ، Palpitation (تکان قلب) ، سیانوز در دصدر ، Faintness خسافت ، جلد سرد و Hypertension گذری دارند .

۲- دروقت خواب انحطاط مرکز تنفسی بمیان آمده واز سبب Hypoxiemia- قابلیت نفوذیه او عیه زیاد شده وزمینه را برای احتقان ریوی مساعد میسازد .

۳- فعالیت سیستم سمپاتیک که به قلب عدم کفایه کمك زیاد مینماید درحین خواب تنقیص می یابد .

٤- یك تعداد فکتورهای مساعد کننده نیز موجود است که زمینه رابرای PND مساعد میسازد مثلاً دورشدن راس مریض از بالش ، سرفه هایی شدید وغیره .

Acute palmonary edema/ اذیمای حادریه :- یک حالت پیش رفته PND بوده وزمانیکه عدم کفایه قلب چپ بصورت انی تاسس کند بوجود می آید. فشار او عیه شعریوی ریه ها زیاد بوده ومایع در اسناخ انفلتری شده سرفه راتحریك مینماید. این مریضان دربستر استراحت کرده نمیتواند وتمام علایم که در PND دیده میشود علاوه ازان ها بلغم کف داروبا خون الود نیز دیده میشوند. تنفس اکثراً وصف Bub-bling وبعض وخت Wheezing نیز شنیده میشوند Palpitation موجود ودرسیستم تنفسی رال های احتقانی ودر قلب علایم عدم کفایه موجود میباشد.

۲- درد صــدر Chest pain : عبارت از عرض عمده مریضان قلبی وعای است که اکثرا سبب ناراحتی مریضان شده وباعث مراجعه مریض به داکتر میگردد ، دریك تعداد واقعات بدون اینکه افت عضوی قلبی نزد اشخاص موجود باشد در صدر خو داحساس درد می نماید که این دردها تحت عنوان روحی عصبی یا Psycogenic مطالعه میگردد.

دردهای که از جدار صدر منشه میگرند قرار ذیل اند (۲)

a- جلد :- التهابات ، ترضیضات Herpes Zona.

b- اضلاع وعضاریف Tiet's disease

c- اعصاب بین الضلعی :- Neuralgia.

d-عضلات :- التهابات وترضیضات.

دردهای که از احشای صدري منشه میگرند قرارذیل اند(2)

a- Pleural Pain :- پلوریزی خشك Dry Pleurisy.

b-پرانشیم ریه ها - پرانشیم ریه ها وپلورای حشوی اعصاب حسی نداشته وسبب تولید درد نمیشود ، لاکن بعضی امراض پرانشیم ریه ها پلورای جداری راماوف

ساخته که به این میخانکیت درد را تولید می نماید مثلاً در Pneumonia, Car-cinoma وکولپس ریه .

دردهای که ازامراض قلبی وعایی منشه میگرند (3-1)

۱- Angina pectoris (خناق صدری) : خناق صدري ازسبب Ische-mia عضله قلب بوجود می آید که این ایسکمی یا ازسبب Atherio Sclerosis ویا Spasm شراینی اکلیلی بوجود می اید . درد مذکور در خلف عظم قص موقعیت داشته گاهی وصف سوزش ، بعضاً وصف گرفتگی وگاهی هم وصف فشار دهینده را درد انتشار درد بطرف شانه چپه، بازوی چپ ، ساعد چپ وحتی دو انگشتان انسی دست چپ میبا شد وگاهی هم بطرف عنق وفك سفلی وبعضاً هردو طرف علوی انتشار می نماید .

مدت دوام درد ۱-۵ دقیقه بوده وبعضا تا ۱۵دقیقه وندرتاً تا ۳۰دقیقه دوام مي نماید .

ارتباط درد ، بافعالیت فزیکی زیاد شده ونیز معروض شدن با هوای سرد ، خوردن غذای شقیل ، پرخوری ، در حالات تهیجی درد زیاد میگردد .

درد توسط تطبیق Nitroglycerin واستراحت ازبین میرود .

۲-Myocardial infarction (احتشامیوکارد) : احتشاء میوکارد عبارت از نکروز اسکیمیك قلب است که از سبب بندش ویا Spasm شراین اکلیلی بوجود می اید درد مذکور درخلف عظم قص احساس شده وصف مانند خناق صدری است وامادرد نسبتاً شدید بوده ومدت دوام ان طولانی ترمیباشد که از چند دقیقه الی چند ساعت دوام میکند .

بافعالیت فزیکی ارتباط نداشته وباتطبیق ناتیروگلایسرین تحت اللسانی ازبین نمیرود .

۳- Pericarditis:- التهاب حاد پریکارد نیز سبب درد صدر میشود . درد مذکور نیز درخلف عظم قص موقعیت داشته انتشار آن بطرف شانه وعنق است وصف سیخ زدن ویا پاره کننده داشته با وضعیت استجاح ظهری درد شدید شده وبه وضعیت نشسته وخم شدن به قدام ازشدت ان کاسته میشود .

٤- Dissecting Aneurysm of aorta :- دراثر انشقاق انیوریزم ابهر مریض درد شدید صدري احساس میکند . درد درتمام صدر موقعیت داشته وگاهی هم درناحیه ظهری موقعیت میداشته باشد . انتشار درد بطرف بطن بوده ومریض بصورت انی به شاك میرود . تشخیص ان توسط سقوط فشار خون و احساس تشنگی شدید وضع میگردد . درد مذکو ساعت ها دوام نموده درابتدا شدید وبه تدریج ازشدت ان کاسته میشود .

Precardial catch :- یك اصطلاحي است که در مریضان قلبی به یك درد لحظوی Stabbling اطلاق می نماید مریض توسط یك انگشت تحت ثندیه ها نشان میدهد . این درد باپتالوژی قلبی همراه نبوده لیکن سبب زجرت میگردد .

درد کبدی که درناحیه اپیگستریك احساس میشود از سبب پیشرفت عدم کفایه قلب بوجود آمده که منشه ان توسع جگر میباشد .

٥ - Pulmanary Hypertinsion وامبولی ریوی .

فرط فشار ریوی نیز سبب درد صدری میشود که این درد عمیق درزمان فعالیت فزیکی بوجود می آید . میخانیکیت پیدایش آن توسع انی شریان ریوی میدانند . امابعضی مولفین عقیده دارند که درد مذکورنیز از سبب اسکیمی عضله قلب بوجودمی اید .

امبولی ریوی نیز سبب درد صدر شده اما درد مذکور عموماً به یك طرف صدر موقعیت داشته که بعضاً انصباب پلورا به ان علاوه شده ویا موجودیت اعراض وعلایم انصباب

پلورا تشخیص میگردد .

برعلاوه امراض فوق الذکر تضیق دسام مترال ، عدم کفایه وتضیق دسام ابهر نیز سبب درد صدر میشود .

همچنان دردهای احشای بطنی به صدر انتشار نموده ودر صدر احساس میشود مثلاً درد های قرحه معده که وصف سوزنده داشته وارتباط صمیمی باغذا دارد .

دردهای Hiatal Hernia و Cholicystitis وغیره (6)

۳- Heamoptysis : یکی از اعراض مهم امراض تنفسی است اما دریك تعداد امراض قلبی مثلاً تضیق مترال ، امبولی ریوی نیز دیده میشود .

٤-سرفهCough :- از جمله اعراض امراض تنفسی بوده اما گاهی اولین عرض عدم کفایه قلب چپ را میسازد . درمریضان مصاب تضیق دسام مترال وانیوریزم ابهر نظر به فشاریکه بالای طرق تنفسی بوجود مي آورد سبب تولید سرفه خشك میگردد .

درإذیمای حادریه که سبب عدم کفایه حاد قلب چپ نشان میدهد مریضان باسرفه بلغم کف دار گلابی رنگ رادارد .

۵- تکان قلب Palpitation :- درحالت نارمل اشخاص ضربان قلب خود را احساس نمیکند اما زمانیکه ضربان قلب توسط شخص احساس شود این حالت رابنام palpitation یاد می نماید(4,3)

تکان قلب در یك تعداد امراض قلبی مخصوصاً درنزد ان مریضانیکه Arrhythmia داشته باشد دیده میشو . هم چنان در مریضان مصاب Thyrotoxicosis وکم خونی هانیز تکان قلب دیده میشود .

٦- Syncope: ازبین رفتن شعور بصورت گذری Syncope (Fainting) نامیده که از سقوط فشار خون به میان می اید .

سقوط فشار خون از سبب تنقیص دهانه قلبی ، تنقص مقاومت محیطی ویا بصورت مشترك از تنقیص هردو بوجود می آید .

سنکوپ ساده (Vasovagal Syncope) توسط یك Reflex مغلق که سببBrady cardia و Vasodilatation محیطی میگردد بمیان میآید. این حالت وقتی بوجود می آید که رجعت وریدی خون به قلب تنقیص نماید مثلاً برای مدت زیاد استاده شدن (مخصوصاً درموسم گرمی) ، ضیاع مایعات وجود (اسهال)

سنکوپ ساده از سبب ترس وتنبیه دردناك وناخوش نیز بوجود آمده میتواند. درشروع نزد مریض دلبدی، عدم کفایه رویت ، برنگس گوش شروع شده وخسافت ، عرق ، نبض بطی بصورت وصفی نزد مریض دیده میشود .

Recovery معمولاً وقتی سریع حاصل گردیده که رجعت وریدی توسط بلند کردن پای مریض تامین گردد . اگر مریض به حالت استاده نگه داشته شود اختلاجات وحتی تخریبات دماغی نزد مریض تولید مگردد .

اگررجعت وریدی به قلب ازسبب ازدیاد فشار داخل صدر کم گردد سبب سنکوپ میگردد . مثلاً درمانوره Valsasva (4,3)

همچنان از سبب سرفه دوامدار وشدید سنکوپ بوجود آمده وبنام Cough Cyncope یاد میگردد .

درمریضان پیر ازسبب تخلیه مثانه سنکوپ بمیا می آید وبنام - Micturation Syn cope یاد میگردد . Postural syncope (سنکوب که درحالت استادگی بوجود می آید)

دربعضی مریضان که فشار پائین داشته باشد دیده میشود مثلاً عدم کفایه غده ادرینل . تطبیق دواهای ضد فشار یا Vasodilatator ویا عدم کفایه عکسه -Vasomo

tor نارمل (Diabetic autonomic neu raputhy) سبب بوجود آمده سنکوپ میگردد .

اگر سنکوپ در وقت فعالیت (Exercise syncope) ویابدون کدام دلیل واضح بمیان بیابد باید اسباب قلبی در نظرباشند .

Syncope جهدی از اثر بی نظمی قلبی ، امراض دسامی قلبی پیش رفته ، امراض شراین کلیلی بمیان آمده میتواند . همچنان تضیق دسام ابهر ، تضیق شدید دسام ریوی یا Hyper trophic Cardiomyopathy سبب سنکوب میشوند .

سنکوپ که علت واضح ان معلوم نباشد باید از epilepsy تشخیص تفریقی شود .

سنکوپ اکثرا از سبب بی نظمی قلبی . Brady cardia و Tach cardia بوجود می آید . (6)

۷- Edema اذیما :- عبارت از تجمع مایع دربین نسج بین الخلالی میباشد . در مریضان قلبی اذیما عموماً در اطراف سفلی دیده میشود که در مراحل بعدی به تدریج زیادشده اذیمادرجوف بطن وحتی دربین اجواف مصلی دیگر نیز تجمع میکند که این شکل اذیما را بنام اذیمان عمومی (Ana sarca ėdama) یاد میکنند . در مریضان مصاب عدم کفایه قلب وهمچنان در نزد ان مریضانیکه مدت زیاد دربستر اند اذیما درناحیه ظهری ، عجزی زیاد تر به ملا حظه میرسد .

علامه عمده شناخت اذیما Pitting sign میباشد ، هرگا داکتر بالای ناحیه اذیمای باانگشت خود فشار وارد نماید وبعد از چند لحظه انگشت خود را دور کند درناحیه مذکور چاپ انگشت باقی میماند که این علامه را بنام Pitting sign یاد میکند .

بهترین ناحیه برای تعیین این علامه بالای عظم Tibia میباشد درنزد مریضان قلبی ودر حالات مختلف دیگر اذیما به میخانکیت های ذیل بوجود می اید .

٤- وخامت و شدت درد: درد شدید، متوسط و یا خفیف است؟

٥- فکتور هاي ازدیاد کننده درد: بعضي فکتور ها درد را زیادت مي بخشد بطور مثال درد هاي صدري در حین سپورت و تمرین زیاد میشود که بطرف Ischemic heart disease فکر میشود . درد قسمت علوي بطن که توسط نوشیدن شیر زیاد میشود اغلبا" دلالت به التهاب حاد کیسه صفرا مینماید . دردیکه بالاي صدرموجود و در وقت شهیق زیاد میشود دلالت بهPleurisy(pleuritis) مي نماید .

٦- فکتور هاي تخفیف کننده و یا از بین بردن درد: توسط بعضي فکتور ها درد کم و یا از بین میرود بطور مثال درد صدر که توسط استراحت از بین میرود بطرف Ischemic heart diseaseفکر میشود . دردیکه در ناحیه Epigastric موجود و توسط نوشیدن شیر از بین برود بطرف زخم معده فکر میشود .

٧- موجودیت اعراض دیگر با درد: آیا درد با دیگر اعراض توأم است؟

اگر درد در قسمت اپیگستریك موجود و Heamatemesis به آن توأم باشدبطرف Peptic ulcer فکر میشود، و اگر درد با زردي یکجا باشد بطرف مرض کبد، و اگر درد در ناحیه کلیوي با Heamaturia توأم باشد بطرف سنگ گرده (Renal Stone) فکر میشوند .

٨- ارتباط درد با وضعیت وجود: درین مورد با تغیرات وضعیت وجود تغیرات درد در نظر گرفته میشوند .

٩- دوام درد: آیا درد دوامدار و یا کولیکي (Colicky) میباشد .

نفس تنگي (Dyspnea):

در باره نفس تنگي سوالات ذیل در نظر گرفته شوند:

١- نفس تنگي با کدام حالات یکجا میباشد بطور مثال با سپورت و فعالیت

۱-تنقیص جریان دموی کلیوی : درمریضان عدم کفایه قلب که دهانه قلبی پائین دارند جریان خون کلیوی تنقیص یافته ودر نتیجه سبب افراز Aldasteron گردیده که سبب جذب دوباره آب ونمك درتبول های Distal گردیده واذیمابمیان می آید .

۲-ازدیاد فشاروریدی :- درمریضان عدم کفایه قلب که احتتقان وریدی نزدشان موجود است ازاثراز دیاد فشار وریدی یك اندازه مایع از جدار اوعیه ها خارج گردیده ودر نسج بین الخلالی تجمع مینماید واذیما رابه میان می اورد .

۳- ازدیاد Aldosteron: در مریضان قلبی که کبد بزرگ واحتقانی دارند Aldosteron بدرستی استقلاب نشده که در نتیجه سویه ان بصورت ثانوی درخون بلند میرود .

که این ازدیاد الدوستیرون سبب احتباس اب ونمك شده وباعث اذیمامیگردد .

٤- تنقیص فشار ancotic:- در مریضان عدم کفایه قلب ازاثر احتقان عمومی که دارند مریض بی اشتها میباشد از طرف دیگر نظربه موجودیت احتقان کبدی البومین نزدشان بدرستی سنتیز نمیگردد . ونیزیك اندازه پروتین در ادرار اطراح میشود که در نتیجه نزد مریض Hypoprotienemia تولید میگردد .

که درنتیجه ان فشار Ancotic کم شده یك اندازه مایع از جدار ورید خارج شده ودربین نسج بین الخلالی تجمع نموده سبب اذیما میشود . (4-3)

۸- Cyanosis دربخش تنفسی مفعلاً مطالعه گردیده است

۹-گرفتگی صدا Hoarsness: گرفتگی صدا درنزد مریضان افات تنفسی ، طرق تنفسی علوی موجود میباشد اما دریك تعداد امراض قلبی نیز نزد مریضان کرفتگی صدا موجود میباشد مثلاً درتضیق دسام مترال وانپوریزم ابهر از سبب

فشار که بالای اعصاب حنجروی راجع طرف چپ وارد میگردد نزد مریضان Hoar sness پیدا میشود(6)

۱۰- خستگی Tirdness:- یك شکایت عمده مریضان قلبی ویا -Is chemic Heart disease میباشد. بعضی وقت این شکایت از سبب استعمال دواها مثل β-blockers و diuretic (سبب تولید Hypo kaliemia میشود) بمیان می آید(6).

خستگی در امراض دسامی قلبی که عدم کفایه قلب درآن موجود نباشد ونیز در -En docarditis انتانی دیده میشود.

۱۱- Nocturia این عرض از سبب از دیاد پرفوژن گرده ها در حالت استراحت پیدا میگردد ومریض مخصوصاً از طرف شب ادرار زیاد میکند.

معاینه فزیکی سیستم قلبی وعائی

Surfaceanatomy of the Heart:- قلب سرحد راست وچپ داشته که سرحد راست ان عمودی وبطرف راست عظم قص کمی بطرف وحشی موقعیت دارد.

سرحد چپ قلب بطرف چپ مایل بوده واز بالا بپائین از ساختمانی های ذیل تشکیل یافته است.

۱- قوس ابهر. ۲- شریان ریوی. ۳- left appendage

٤- Left ventricle (بطین چپ)

سرحد راست قلب از بالا بپائین از ساختمان های ذیل تشکیل شده است

۱- Ascendingaorta ابهر ساعده.

۲- Venacava superior (V.C.S).

۳- اذین راست Right atrium

٤- (V.C.I) Vena cava inferior

معاینه فزیکی سیستم قلبی وعایی بطور ذیل اجرا میگردد(2,1)

۱- تفتیش Inspection

۲- جسPalpation

۳- قرع Percusion

٤- اصغا .Auscultation

I- تفتیش Inspection:

درتفتیش سیستم قلبي وعاوی اشیای چار گانه ذیل در نظر گرفته میشود:(1,2)

۱- شکل Precardium (ان قسمت صدر است که در قدام قلب واقع است)

۲- نبضان ها در precardium (pulsationinprecardium)

۳- نبضان ها در خارج Pre cardium.

٤- برجسته شدن آورده در جدار صدر وعنق.

۱- شکلPrecardium:- در حالت نورمال کدام Bulging درپریکاردیوم وجود ندارد لاکن در Hy pertrophy بطین چپ و Pericardial effuseon (انصباب پریکارد) امکان داردکه Bulging تاسیس نماید.

۲- نبضان هادر Precardirm:-نبضان های مهم پریکاردیوم قرار ذیل اند.

apexbeat-a قرار ذیل تعریف میگردد. قسمت پایان تر در پریکاردیوم که نبضان اعظمی داشته باشد بنام apex beat یاد میگردد. دراشخاص لاغر ونحیف به اسانی دیده شده میتواند زمانیکه apex beat به مشاهده رسیده نقاط اتی را باید یاد داشت نمود(1,2).

۱- موقعیت (position)

۲- قوت نبضانی Pulsating force.

۳- وسعت نبضان EXtension of pulsation

۱- موقعیت Apex beat: موقعیت نورمال Apexbeat درخط متوسط چپ Medclavicularline یك سانتی متر بطرف انسی در مسافه چارم یاپنجم بین الضلعی قرار دارد .

در مورد قوت ووسعت Apexbeat معلومات دربخش جس تشریح شده است .

b- ضربان درناحیه Tricusped: درمسافه چارم یاپنجم بین الضلعی چپ نزدیك عظم قص (Sternum) ضربان دیده شده میتواند که در عدم کفایه -Tricus pid و Hyportrophy بطین راست دیده میشود

c- ضربان در ناحیه Pulmonary درمسافه بین الضلعی دوم چپ نزدیك عظم قص نبضان دیده شده میتواند که در Pulmonary Hypertension وتوسع شریان ریوی مشاهده شده میتواند .

d- نبضان در ناحیه ابهر :- در مسافه بین الضلعی دوم راست نزدیك عظم قص نبضان که بوجودمی آید به امراض دسام ابهر (عدم کفایه وانیوریزم) مربوط میباشد .

۳- نبضان های خارج پریکاردیوم :- نبضانات خارج پریکاردیوم درپنج ناحیه ذیل دیده میشود (1-2)

۱- عنق Neck ۲- Supra sternalnoch

۳- در مسافات بین الضلعی Intercostal space

٤-Epigastrirm

٥- مسافه بین الکتفی Inter Scapular region

١-نبضان های گردن :- این نبضان میتواند که وریدی ویا شریاني باشد نبضان های شریانی از سبب شریان های ثباتی درحالات ذیل دیده میشود .

a- عدم کفایه ابهر b- انیوریزم ابهر Hyperthyroidism -c.

d- حالات هیجانی وتخرشی . e- حالات جهد Exertion

بعضی وقت در عدم کفایه ابهر نبضاني شریان انقدر قوی میباشد که سر مریض همراه هرضربان قلب حرکت میکند که بنام Demozet sign یاد میشود .

نبضان وریدی از ورید های وداجی بوجود می آید . نبضان وریدی سه موجه مثبت (a,c,v) ودو موجه منفی (X,Y) داشته که میخا نکیت بوجود امدن انها قرار ذیل بیان میگردد .

١- موجه a :- این موجه ازتقلص اذین راست بوجود می آید م

٢- موجه C:- (C-wave) این موجه در تفتیش عنق دیده نشده واز بسته شدن دسام ترایی کوسپید بوجود می آید .

٣- موجه (V) V-wave : - زمانیکه اذین راستازخون پرمیگردد این موجه بوجود می آید که درین وقت ترای کوسپید بسته میباشد .

٤-Y-wave (موجه y) :- این موجه ازپائین شدن فشار اذین راست بوجود آمده که درین وقت دسام ترایی کوسپید بازمیباشد .

٥- موجه x (X-wave) :-این موجه از Relaxation اذین راست بوجود مي اید .

فرق بین نبضان وریدی وشریانی درجدول ذیل نشان داده شده است (1-2)

Venous pulse	Arterial pulse
۱- توسط انگشت جس نمیگردد .	۱-توسط انگشت جس میگردد .
۲- اگر درقاعده گردن فشار وارد گردد این نبض توقف نموده ووریدهای گردن برجسته میگردد .	۲- اگر درقاعده گردن فشار وارد گرددهم موجود میباشد .
۳- همراه تنفس ارباط دارد . این نبض در شهق پائین (دروقت شهیق از سبب حرکت حجاب حاضر فشار منفی درصدر تولید شده وخون از ورید ها به صدر می اید) ودر وقت ذفیر بالامیرود .	۳-همراه تنفس تغیر نمیکند .
٤-زمانیکه بالای جگر فشار واردگردد ورید او نبضان وریدی برجسته گردیده که بنام Hepato ju-gular reflex یاد میگردد .	٤- توسط فشار دادن بالای کبد تغیر نمیکند .
٥- به شکل دوامدار Pulsation موجود است که دارای سه موجه مثبت و دو موجه منفی میباشد .	٥- دوموجه (که یکی مثبت ودیگر منفی) داشته که به شکل نبضان دیده میشود .

۲-نبضان در Suprasternalnoch : - درین ناحیه ضربان درحالات ذیل دیده میشود (2-1)

a- فرط فشار خون Hypertension b- انیوریزم ابهر .

coartation of aorta -c.

درهرسه حالات فوق قوس ابهر متبارز گردیده وسبب این نبضان میشود (2-1)

۳- نبضان دز مسافات بین الضلعي :- این نبضان در Coartation ابهر دیده شد که علت ان ضخامه شزاین بین الضلعی (در رادیو گرافی صدر کنار سفلی ضلع تخریب

وخورده شده معلوم میگردد) میباشد .

٤- ضربان در ناحیه :- Epegstrium : این نبضان در امراض ذیل دیده میشود..

a- عصبانیت Nervousness

b- انیوریزم ابهر بطنی

c- Enlarge-Hypertrophy of Right ventricle

d- Pulsating liver (درعدم کفایه دسام ترای کوسپید دیده میشود)

e- تمور در قسمت قدای ابهر Tumure in front of aorta.

٥- نبضان درناحیه Intrascapular :ازمریض خواهش گردد که در وضعیت نشستن خود را کمی بقدام خم نماید واین ناحیه مشاهده گردد . در Coartation ابهر نبضان درین ناحیه دیده میشود که از سبب تفمم شراین -Sub Scapular - supras caprlar و ThoracicarteriesLateral برجسته برجسته میگرهد واین نبضان بوجود می آید . (1-2)

موجودیت وریدهای برجسته در جدار صدر وگردن .

اسباب برجسته شدن وریدها درجدار صدر (1-2)

۱-اگر جلد مریض بصورت غیر معمول بسیار نازك باشد .

۲- بندش جریان وریدی از سبب تمور داخل صدری ویا انیوریزم ابهر،

۳- موجودیت Portal Hypertension ویا بندش ورید اجوف سفلی موجود باشد .

اسباب برجسته شدن وریدها در گردن (1-2)

۱- اسباب خارج قلب :

a- Retrosternal goiter

b- ضخامه عقدات لمفاوی که بالای ورید اجوف علوی (vcs) فشار ورد کرده باشد .

c- انیوریزم ابهر که بالای وریدها فشار اورده باشد .

۲- اسباب pericard

Constrrictive pericarditis -a

.Pericardial Effusion -b

۳- اسباب Myocard :-

a- عدم کفایه بطین راست .

٤- اسباب Endocard

a- عدم کفایه ترای کوسپید .

b- تضیق ترایی کوسپید .

٥- اسباب بطنی :- a- حمل b- حبنc- تمور بطني کلان .

٦- اسباب عمومی :- a- انیمیا b- پیراهن یابسته کردن نکتایی تنگ .

c- ترانسفیورژنی مایع زیادبه مریض .

طریقه معاینه وریدهای برجسته گردن

اگر فشار وریدها بسیار زیاد باشد درحالت نشستن برجستگی وریدها بشکل واضح به نظر میرسد . اگرفشار وریدها بدرجه متوسط یا کم بلند باشد باید صدر مریض ٤٥ درجه به سطح افقی بستر زایه را تشکیل میدهد .

وسرمریض بالای بالشت بلند گذاشته شده وباصدر به یك سویه قرار داشته باشد . همچنان گردن مریض به قدام خم نشده باشد .

درین وضعیت برجسته گی وریدها از manebrium Sterni به اندازه ۱-۲ سانتی

متر در حالت نارمل بلند نمي باشد اگر برجستگی وریدها گردن درین وضعیت از 4cm بلند باشد غیر نارمل تلقی میگردد . (2-1)

جس PALPATION

درجس سیستم قلبی وعایی اشیای ذیل باید یادداشت گردند (2-1)

۱- نبض PULSE : عبارت از موجه است که توسط هر ضربان قلب در شریان بمیان می آید وبدونوع است .

A- نبض شریانی Arterial pulse

B- نبض شعریوی Capilary Pulse

A - نبض شریانی : تمام نبض های شریانی باید در هر دو طرف بصورت مقایسوی معاینه گردد مثالاً

Radial, cubital, facial, carotid, Axillary, Brachial, Tibial, poplitial, femoral, Temporal, dorsalpedis

دروقت جس نبض نقاط ذیل باید در نظر گرفته شوند .

۱-Rate ۲- Rhythem ۳- Volume

٤- Tension ٥- Character

٦-Blood Vessel Wall

۷- مقایسه نبض ها Comparisone of Pulse

۱- Rate of pulse

تعداد نبض به این ترتیب معاینه میگردد که توسط سرانگشت Radial pulse جس میگردد یعنی توسط سرانگشت بالای شریان Radial فشار وارد گردیده ونبض جس

میگردد که دروقت جس ساعد خفیف حالت Pronation وبنددست کمی قبض (flexed) بوده ونبض دریك دقیقه محاسبه میگردد (2-1)

تعداد نورمال نبض دریك دقیقه ۵۰-۹۰ میباشد ودرحالت جنینی دریك دقیقه تعداد نبض تا ۱٤۰ میرسد. باید ذکر گردد که دروقت خواب واستراحت تعداد نبض کم وبرعکس درحالت تمرین زیاد میگردد.

Tachy cardia :- اگر تعداد نبض درفی دقیقه از ۹۰ زیات شود بنام Tachy cardia یادمیگردد ودر حالات ذیل دیده میشود (2-1)

Physiological tachy Cardia -I

a- بعد از تمرین b- بعداز صرف نمودن غذا c- حالات هیجانی d- دروقت تحیض e- بعداز خوردن الکول وCafee.

II- اسباب تکی کار دیا پتولوژیك.

a- تب Fever -b Anemia c- افات خبیثه. d- عدم کفایه قلبی Shock -e.

باید یاد آوردگردد که تکی کاردیا فزیولوژیك دروقت خواب واستراحت ازبین رفته اما تکی کاردیا پتالوژیك ازبین نمیرود.

Brady Cardia:- اگر ضربان قلب دریك دقیقه از ۵۰ کم گردد بنام Brady Cardia یاد میشود ود حالات ذیل دیده میشود (2-1)

I- اسباب فزیولوژیك :-

Atheletes -a (سپورت مینان (Long runners)

Familial -b.

II- اسباب پتالوژیك.

فزيكي يا با حالت استراحت(Orthopnea) اگر نفس تنگي بعد از فعاليت فزيكي بميان آيد بايد درجه فعاليت فزيكي(درجه خفيف، متوسط. و وخيم) در نظر گرفته شوند.

۲-نفس تنگي دفعتا" و يا بشكل تدريجي بميان آمده است.

۳- كركتر Charecter تنفس چطور است آيا تنفس سريع، Wheezing ويا Periodic وصف دارد؟

٤-شكل تنفس به كدام درجه است ؟ آيا مريض در وقت مشكل تنفسي و Dysp-nea كولپس ميگردد؟

۵- آيا نفس تنگي با سرفه ، عرق، Palpitation توأم ميباشد؟

٦- آيا مريض در بين حملات نفس تنگي بدون اعرض مباشد؟

سرفه (Cough):-

در باره سرفه سوالات ذيل بعمل آيند:

۱- دفعات سرفه چند ميباشد؟

۲-وخامت سرفه: آيا سرفه كم ، متوسط و يا شديد ميباشد؟

۳-آيا سرفه در وقت هاي مخصوص روز و يا از طرف شب پيدا و يا موسمي ميباشد؟

٤-آيا سرفه از حالات مخصوص بميان مي آيد؟ بعضي وقت سرفه از تماس گرد و خاك، بوي گل ها و يا حالات ديگر محيطي پيدا ميگردد كه بنام Allergic Cuogh ياد ميگردد .

۵- آيا سرفه خشك و يا مرطوب ميباشد؟ اگر سرفه با بلغم يكجا باشد بايد مقدار بلغم، رنگ وبوي آن ياداشت گردد . آيا در بلغم خون موجود است؟ كه بنام Heamopty-sis ياد ميگردد، خون تازه، سرخ، سياه و نصواري ميباشد؟ خون با بلغم مخلوط و يا در بلغم خطوط خون ديده ميشوند؟

در آخر از معاونیت علمي ،کمیته نشرات پوهنتون که در نشر این اثر علمي و عبدالفرید و محمد یوسف که در کمپوز و دیزاین سهم گرفته اند از صمیم قلب سپاسگزارم.

و السلام

پوهاند دوکتور الکوزي

فهرست مطالب

عناوین صفحات

فهرست مطالب

صفحات عناوین

فهرست مطالب

عناوین صفحات

فهرست مطالب

صفحات | عناوین

افغان پوهنتون



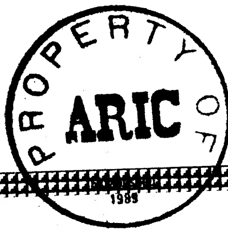
پوهنځی طب

۳

اساسات داخله

مؤلف: پوهاند دوکتورعبدالواحد «الکوزی»

سال ۱۳۷۹



افغان پوهنتون

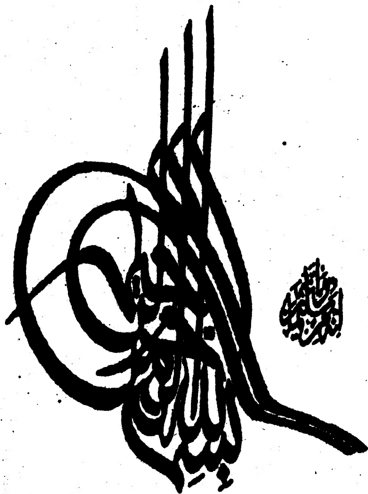
پوهنځی طب

دیپارتمنت داخله

اساسات داخله

مؤلف: پوهاند دکتور عبدالواحد «الکوزی»

پیښور ۱٤۲۱ هجري قمري
۱۳۷۹ هجري شمسي





١

بسم الله الرحمن الرحيم

اهداء ۱

این اثر علمي به مسلمانانیکه از هر قسم تبعیض مبرا و در پیاده نمودن وحدت ملي و شریعت اسلامي در افغانستان بصورت عملي از تهء دل جهد بلیغ مي نمایند از صمیم قلب اهدا مي نمایم.

الحاج پوهاند دوکتور الکوزي

مقدمه

جاي مسرت است كه براي استفاده علمي و عملي محصلان صنف سوم طب (سمسترهفت) كتاب علمي بنام اساسات داخلهٔ صنف سوم را بار دوم به چاپ ميسپارم .

از يك سال به اين طرف در افغان پوهنتون در سمستر هفت تدريس به شكل لكچر نوت صورت گرفته و كدام كتاب درسي براي استفاده علمي و عملي براي محصلان وجود نداشت، ازين باعث تصميم گرفتم تا بموافقه اعضاي ديپارتمنت داخله كتاب مذكور را كه بار اول براي محصلات پوهنتون امهات المومنين تحرير و از طرف اين پوهنتون در سال ۱۹۹۷ نشر شده بود بار دوم براي استفاده علمي محصلان افغان پوهنتون چاپ نمايم .

درين چاپ Symptomatology و معاينات فزيكي عمومي كه در چاپ اول كامل توضيح نشده بود بصورت مكمل توضيح گرديده است . علاوه بران بعضي اصلاحات نيز در آن بميان آورده شده است .

• بايد ذكر گرددكه كتاب مذكور به ادبيات ساده و سيس لسان فارسي تحرير گرديده كه تمام محصلان و دوكتور صاحبان از آن استفاده علمي بوجه احسن كرده ميتواند .

در تاليف اين اثر علمي از مراجع و كتب جديد و معتبر دنيا كه در پوهنتون ها براي تدريس طب داخله از آن ها استفاده ميگردداستفاده شده كه در Reference ازآن ها تذكر بعمل آمده اند .

هويدا است كه انسان از سهوه و خطا خالي نيست فلهذا اگر كدام غلطي در متن كتاب به نزد محصلان و دوكتور صاحبان به نظر آيد ما را مطلع ساخته تا در چاپ آينده اصلاح شود .
